les DOSSIERS du DCEM

Hervé Bozec
Luc Chikhani

ORL STOMATOLOGIE



dossiers originaux, annales et dossiers transversaux corrigés et commentés

iconographie et grilles de correction



AVANT-PROPOS

La réussite à l'examen national classant du second cycle des études médicales est le résultat de connaissances théoriques et pratiques solides associées à un entraînement régulier à l'épreuve. Les ouvrages de la collection « les dossiers du DCEM » cherchent à concilier ce double objectif.

Les groupes d'auteurs, spécialistes dans leur discipline, se composent d'hospitalo-universitaires confirmés et de jeunes praticiens. Les dossiers associent cas cliniques originaux et dossiers d'annales. Les dossiers originaux regroupent l'ensemble des questions de la spécialité tout en introduisant des dossiers transversaux, dans l'esprit du nouveau programme. Une correction avec un barème sur 100 points pour chaque dossier permet une auto-évaluation efficace. Des dossiers ont en outre été sélectionnés dans les sujets d'annales posés à l'Internat pour leur caractère classique ou récurrent, ou bien parce qu'ils font appel à des notions plus inhabituelles. Pour chacun, une proposition de correction et de barème vous permet de vous mettre dans les conditions de l'examen.

Enfin, chaque dossier est complété par un commentaire des auteurs : courte mise au point, rappel de cours, notion scientifique nouvelle avec d'éventuelles références bibliographiques, ou simple commentaire sur les pièges et embûches du dossier, vous permettront de compléter vos connaissances sur le sujet proposé.

Bonne réussite à tous.

PROGRAMME

MODULE 3. MATURATION ET VULNÉRABILITÉ

Question n° 33. Suivi d'un nourrisson, d'un enfant et d'un adolescent normal. Dépistage des anomalies orthopédiques, des troubles visuels et auditifs. Examens de santé obligatoires. Médecine scolaire. Mortalité et morbidité infantile

Question n° 35. Développement buccodentaire et anomalies

MODULE 5. VIEILLISSEMENT

Question n° 60. Déficit neuro-sensoriel chez le sujet âgé

MODULE 7. SANTÉ ET ENVIRONNEMENT – MALADIES TRANSMISSIBLES

Question n° 77. Angines et pharyngites de l'enfant et de l'adulte

Question n° 90. Infections naso-sinusiennes de l'enfant et de l'adulte

Question n° 98. Otalgies et otites chez l'enfant et l'adulte

Question n° 105. Surveillance des porteurs de valve et de prothèse vasculaire

MODULE 10. CANCÉROLOGIE – ONCOHÉMATOLOGIE

Question n° 145. Tumeurs de la cavité buccale et des voies aéro-digestives supérieures

MODULE 11. SYNTHÈSE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE – DE LA PLAINTE DU PATIENT À LA DÉCISION THÉRAPEUTIQUE – URGENCES

Question n° 198. Dyspnée aiguë et chronique

Question n° 201. Évaluation de la gravité et recherche des complications précoces chez un traumatisé crano-facial

DEUXIÈME PARTIE : MALADIES ET GRANDS SYNDROMES

Question n° 241. Goitre et nodule thyroïdien

Question n° 256. Lésions dentaires et gingivales

Question n° 270. Pathologie des glandes salivaires

TROISIÈME PARTIE : ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

TABLE DES MATIÈRES (À COMPLÉTER)

Dossier 1

Mr G., 83 ans, vous est adressé par son médecin généraliste pour la découverte récente d'une tuméfaction parotidienne droite.

Ses principaux antécédents sont les suivants arthrose des membres inférieurs, hypercholestérolémie traitée par TAHOR® et mélanome temporal droit traité chirurgicalement il y a 9 mois

Le patient décrit qu'une boule est apparue il y a 3 mois environ, par moment douloureuse et que depuis 1 mois, il a un larmoiement constant à droite et des fuites salivaires quand il mange

Votre examen physique rend compte d'une tuméfaction fortement suspecte d'être maligne.

Question 1 Quels sont les caractères cliniques d'une tuméfaction parotidienne la faisant suspecter d'être maligne ?

Question 2 Quels sont les types histologiques de cancer que l'on peut s'attendre à trouver chez ce patient ?

Question 3 Est-ce qu'une cytoponction à l'aiguille fine est indiquée ? Pourquoi ?

Question 4 Quel bilan d'imagerie est à effectuer ?

Question 5 En considérant qu'il s'agit d'une tumeur primitive, quel geste chirurgical est à réaliser ?

Question 6 Sur quels éléments anatomopathologiques se porte l'indication d'une radiothérapie adjuvante ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
23 points

Quels sont les caractères cliniques d'une tuméfaction parotidienne la faisant suspecter d'être maligne ?

- Âge > 70 ans ....2 points
- Caractéristiques palpatoires de la tuméfaction : ....2 points
  - o consistance dure voire pierreuse ....3 points
  - o fixité par rapport aux plans superficiel et profond ....3 points
- Parésie faciale ....3 points
- Adénopathies cervicales (aires II et III) ....3 points
- Douleur..3 points
- Rapidité d'évolution ....3 points
- Sang au niveau de l'orifice du Sténon ....1 point

Question 2
21 points

Quels sont les types histologiques de cancer que l'on peut s'attendre à trouver chez ce patient ?

- Tumeurs primitives : ....2 points
  - o carcinome muco-épidermoïde..3 points
  - o carcinome adénoïde kystique (= cylindrome) ....3 points
  - o adénocarcinome ....3 points
  - o lymphome..3 points
- Tumeurs secondaires :...2 points
  - o mélanome temporal..3 points
  - o carcinome cutané de la tête passé inaperçu ....2 points

Question 3
12 points

Est-ce qu'une cytoponction à l'aiguille fine est indiquée ? Pourquoi ?

- Non ....4 points
- Devant :
  - o la forte suspicion du caractère malin de la tumeur.........4 points
  - o le risque de dissémination tumorale ....4 points

Question 4
10 points

Quel bilan d'imagerie est à effectuer ?

- Bilan d'imagerie : IRM cervicofaciale :................................4 points
  - o valeur diagnostique (hypo signal en T2, signal très hétérogène, contours irréguliers, infiltration adjacente) ....3 points
  - o Valeur topographique (rapports anatomiques avec les axes vasculaires et nerveux, degré d'extension) ....3 points

Question 5
16 points

En considérant qu'il s'agit d'une tumeur primitive, quel geste chirurgical est à réaliser ?

- Parotidectomie totale :..5 points
  - o avec sacrifice du nerf facial ....3 points
  - o et évidement ganglionnaire latérocervical systématique..3 points
  - o des zones II et III avec examen histologique extemporané ....3 points
- En cas de positivité, compléter le geste en réalisant un évidement ganglionnaire conservateur des zones I, IV et V ....2 points

Question 6
18 points

Sur quels éléments anatomopathologiques se porte l'indication d'une radiothérapie adjuvante ?

- Tumeur de haut grade de malignité...................................3 points
- Limites d'exérèse chirurgicale envahies.............................3 points
- Marges d'exérèse inframillimétriques................................3 points
- Extension tumorale extraglandulaire.................................3 points
- Envahissement ganglionnaire ....3 points
- Envahissement périneural ....3 points

COMMENTAIRES

Les cancers de la parotide sont moins fréquents que les tumeurs bénignes mais il semble que leur incidence soit sous-estimée. Ils représenteraient 10 à 30 % des tumeurs parotidiennes.

Ils sont d'autant plus fréquents que l'âge du patient est élevé.

Dans 70 % des cas, il n'existe aucun signe clinique pouvant faire suspecter la nature maligne de la tumeur, c'est dire l'importance des examens complémentaires.

Le type histologique le plus fréquent est le carcinome muco-épidermoïde.

Le carcinome adénoïde kystique est beaucoup plus fréquent dans les glandes salivaires accessoires.

La cytoponction à l'aiguille fine a pour principal but de différencier la nature bénigne ou maligne d'une tumeur parotidienne, but régulièrement atteint par un opérateur entraîné.

L'IRM a une valeur diagnostique de malignité/bénignité proche de celle de la cytoponction. Elle n'est ni invasive, ni opérateur dépendant.

Le traitement est essentiellement chirurgical. La chimiothérapie n'a aucune place actuellement.

Dossier 2

Le petit Jonathan, 7 ans, présente depuis 1 mois une otorrhée de l'oreille droite après une période initiale de 5 jours durant laquelle il présentait une rhinopharyngite fébrile associée à une otalgie droite. Déjà, à l'âge de 2-3 ans, il était sujet à des otites à répétition ayant nécessité antibiotiques sur antibiotiques et, à de rares fois, des paracentèses.

Aujourd'hui, il présente un examen rhinopharyngé et général sans particularité. L'otoscopie montre du côté gauche une poche de rétraction postéro supérieure dont on voit le fond et du côté droit, après aspiration de l'otorrhée fétide, un polype pré tympanique sous lequel viennent descendre des squames épidermiques suspectes.

Par ailleurs, il présente un retard au clignement du côté droit. L'épreuve de Weber montre une perception sonore du côté gauche, celle de Rinne montre une perception aérienne moins bonne que la perception vibratoire sur les 2 oreilles. Cette constatation amène la mère à parler du retard de langage important dont est atteint Jonathan, retard suivi par une orthophoniste.

Question 1 Quelle faute a été réalisée lors de cet examen clinique ?

Question 2 Que faut-il alors faire ? Pourquoi ?

Question 3 Quel type de surdité présente Jonathan ?

Question 4 Quel est le diagnostic de l'oreille droite ?

Question 5 Quelle est l'attitude thérapeutique à avoir rapidement ?

Question 6 Quel bilan est à prévoir, également rapidement ?

Question 7 Quel est le traitement curatif de cette pathologie ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
15 points

Quelle faute a été réalisée lors de cet examen clinique ?

- Aspiration de l'otorrhée : .... 10 points
  - o empêchant tout prélèvement à visée bactériologique .... 5 points

Question 2
12 points

Que faut-il alors faire ? Pourquoi ?

- Il faut réaliser une paracentèse : .... 4 points
  - a visant à effectuer un prélèvement à visée bactériologique .... 4 points
- Il s'agit d'une indication car c'est une paralysie faciale otogène .... 4 points

Question 3
18 points

Quel type de surdité présente Jonathan ?

- Le retard de langage est en faveur d'une surdité bilatérale .... 4 points
- Une épreuve de Rinne acoumétrique négative (conduction aérienne moins bonne que la conduction vibratoire osseuse) objective une surdité avec une participation transmissionnelle bilatérale..................... 4 points
- L'épreuve de Weber latéralisée à gauche peut signifier 2 événements : .... 2 points
  - o soit une surdité de transmission bilatérale plus importante à gauche .... 4 points
  - o soit une surdité de transmission à gauche et une surdité mixte à droite.. 4 points

Question 4
16 points

Quel est le diagnostic de l'oreille droite ?

- Otite : .... 2 points
  - o chronique .... 2 points
  - o cholestéatomateuse .... 4 points
  - o compliquée .... 4 points
  - o d'une paralysie faciale .... 4 points

Question 5
20 points

Quelle est l'attitude thérapeutique à avoir rapidement ?

- Hospitaliser Jonathan ....2 points
- Pose d'une voie veineuse..2 points
- Double antibiothérapie IV : ....3 points
    - o à spectre large ....2 points
    - o initialement probabiliste ....2 points
    - o puis secondairement adaptée aux résultats du prélèvement de la paracentèse ....3 points
- Antibiothérapie locale possible visant à assécher l'oreille : OFLOCET® auriculaire 1 dose matin et soir pendant 10 jours ....3 points
- Corticoïdes à la dose de 1 voire 2 mg/kg/j sur 15 jours à doses dégressives..3 points

Question 6
11 points

Quel bilan est à prévoir, également rapidement ?

- Consultation d'anesthésie ....2 points
- Impédancemétrie...2 points
- Audiogramme tonal..3 points
- Scanner des rochers ....4 points

Question 7
9 points

Quel est le traitement curatif de cette pathologie ?

- Traitement chirurgical : ....5 points
    - o au bout d'une dizaine de jours visant en l'ablation de toutes les lésions cholestéatomateuses ....4 points

COMMENTAIRES

Ne pas oublier que toute otite compliquée nécessite un diagnostic bactériologique et donc une paracentèse.

Le cholestéatome est l'évolution ultime et néfaste d'un otite (moyenne) chronique et son meilleur traitement est avant tout sa prévention : traitement plus agressif des otites séromuqueuses (adénoïdectomie +/- aérateurs transtympaniques), suivi régulier des otites chroniques.

Il se caractérise par la présence d'épiderme du conduit dans la caisse du tympan. Du fait de cette localisation inhabituelle, il acquiert un potentiel ostéolytique et récidivant dangereux.

La prise en charge de Jonathan repose sur 2 aspects :

- le traitement urgent de l'infection du fait du risque d'autres complications : labyrinthite, méningite, abcès cérébral,
- l'exérèse à court/moyen terme du cholestéatome dont le seul traitement est chirurgical.

Dossier 3

Mme V., 48 ans, vient vous voir, adressée par son médecin généraliste, pour le traitement d'une maladie de Ménière.

Sportive, elle ne présente aucun antécédent particulier hormis de multiples traumatismes inhérents à sa pratique sportive.

Elle déclare avoir présenté depuis 3 semaines 5 épisodes de vertiges rotatoires avec nausées et vomissements sur les 2 premiers épisodes, chacun d'entre eux ayant duré 30 secondes environ. Ces crises se produisent à chaque fois qu'elle se retourne vers le côté droit.

Elle n'a ni acouphène, ni céphalée, ni hypoacousie ressentie. Elle est surtout très anxieuse car sa maman souffre d'une maladie de Ménière et qu'elle en est très invalidée.

Question 1 Quels sont les arguments en faveur d'une maladie de Ménière ?

Question 2 Quel autre diagnostic peut se discuter ?

Question 3 Quelle en est la physiopathologie ?

Question 4 Que faut-il rechercher cliniquement pour confirmer le diagnostic ?

Question 5 Quels sont les examens complémentaires à effectuer ?

Question 6 Quel traitement faut-il lui proposer ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Quels sont les arguments en faveur d'une maladie de Ménière ?

- Âge..5 points
- Sexe..5 points

Question 2
20 points

Quel autre diagnostic peut se discuter ?

- Vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB) ....20 points

Question 3
20 points

Quelle en est la physiopathologie ?

- Théorie de la cupulo/canalolithiase :.................................5 points
  - o spontanément ou suite à un traumatisme.........................2 points
  - o des fragments maculaires (= otoconies) ....2 points
  - o tombent dans le canal semi-circulaire postérieur ....2 points
  - o lors d'un mouvement cervical de rotation.......................2 points
  - o en décubitus dorsal ....2 points
  - o les otoconies détachées stimulent la crête ampullaire du canal semi-circulaire postérieur ....5 points

Question 4
15 points

Que faut-il rechercher cliniquement pour confirmer le diagnostic ?

- Épreuve de Dix et Hallpike :..15 points

Question 5
15 points

Quels sont les examens complémentaires à effectuer ?

- Aucun : ....15 points

Question 6
20 points

Quel traitement faut-il lui proposer ?

- Manœuvres de kinésithérapie :..5 points
  - o soit libératoires :..5 points
    - – manœuvre de Sémont ....5 points
  - o soit d'habituation ....5 points

COMMENTAIRES

Le vertige positionnel paroxystique bénin est la première cause de vertige périphérique ; c'est une pathologie fréquente.

Le vertige est violent, apparaissant avec un délai de quelques secondes après la position déclenchante, toujours la même pour le patient.

Le vertige dure en moyenne 20 à 30 secondes, parfois un peu plus longtemps, et s'accompagne volontiers de nausées, parfois de vomissements.

L'examen clinique en dehors de la crise est normal.

Le diagnostic de certitude repose sur la manœuvre de Dix et Hallpike qui vise à reproduire la crise : le patient est couché sur une table du côté incriminé puis survient avec le délai attendu un vertige ressenti par le patient accompagné d'un nystagmus rotatoire battant vers le sol (= géotropique) qui s'épuise en 20 à 30 secondes. Toute atypie constatée doit faire reconsidérer le diagnostic.

Le traitement est une manœuvre visant à « libérer » les débris otolithiques du canal semi-circulaire postérieur et à les diriger vers l'émonctoire naturel du labyrinthe membraneux qu'est le sac endolymphatique.

Les arguments, dans ce dossier, en faveur d'une maladie de Ménière sont faibles : en particulier, l'absence de symptômes auditifs ne doit pas faire retenir ce diagnostic, finalement assez rare.

Dossier 4

Mr J., 63 ans, diabétique depuis 11 ans, insulinoréquérant depuis 4 ans, vient vous consulter pour une otorrhée chronique évoluant depuis environ 1 mois. Initialement, il dit avoir eu mal à son oreille droite pendant une dizaine de jours puis est apparu cet écoulement purulent et fétide qui malgré un traitement local antibiotique et corticoïde n'a pas cessé.

Cliniquement, le méat acoustique externe est sténosé et inflammatoire avec du pus et un tissu de granulation. Il présente par ailleurs une surdité avec une épreuve de Weber latéralisé à droite, une paralysie faciale droite d'allure périphérique, une hypoesthésie de l'hémiface droite. On note l'absence de fièvre et de raideur méningée.

Question 1 Quel est votre diagnostic ?

Question 2 Quels sont vos arguments ?

Question 3 Quel est le point de départ probable de l'affection ?

Vous hospitalisez ce patient et lui faites réaliser rapidement un bilan d'imagerie.



Question 4 Commenter l'image.

Question 5 Du fait de l'extension du processus, quels sont les autres signes cliniques à rechercher ?

Question 6 Outre l'imagerie effectuée précédemment, quels sont les autres examens paracliniques à réaliser ?

Question 7 Quel est le traitement à envisager ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
12 points

Quel est votre diagnostic ?

- Otite : ....2 points
  - o externe ....3 points
  - o maligne....................5 points
  - o droite....................2 points

Question 2
22 points

Quels sont vos arguments ?

- Terrain :
  - o âge....................2 points
  - o sujet diabétique ....3 points
  - o évolution du diabète > 10 ans ....1 point
- Évolution torpide (1 mois) ....2 points
- Symptomatologie :
  - o otalgie initiale ....1 point
  - o otorrhée....................2 points
- Données cliniques :
  - o inflammation et sténose du méat acoustique externe.....2 points
  - o pus....................2 points
  - o tissu de granulation ....3 points
  - o surdité de transmission droite....................1 point
  - o paralysie de 2 nerfs crâniens (V et VII)....................2 points
- Signe négatif clinique : absence de raideur méningée........1 point

Question 3
6 points

Quel est le point de départ probable de l'affection ?

- Effraction cutanée :....................4 points
  - o du méat acoustique externe ....2 points

Vous hospitalisez ce patient et lui faites réaliser rapidement un bilan d'imagerie.

Question 4
20 points

Commenter l'image (cf. radiologie).

- Scanner de la base du crâne : ....4 points
  - o coupe horizontale ....2 points
- Infiltration des tissus mous superficiels (1)....................2 points
- Destruction (ostéolyse) : ....3 points
  - o de l'apex pétreux (2) ....2 points
  - o et de la grande aile du sphénoïde (3) ....2 points
  - o du côté droit ....1 point
- Ostéite associée du clivus (4)....................2 points
- Extension du processus ostéitique du côté controlatéral (clivus et apex pétreux) (5)....................2 points



Question 5
10 points

Du fait de l'extension du processus, quels sont les autres signes cliniques à rechercher ?

- Signes d'atteinte d'autres nerfs crâniens du côté droit :
  - paralysie oculomotrice constatée à l'épreuve du suivi d'index/strabisme .... 2 points
  - paralysie du voile du palais .... 2 points
  - signe du rideau .... 2 points
  - paralysie récurrentielle .... 2 points
  - paralysie de l'hémilangue .... 2 points

Question 6
16 points

Outre l'imagerie effectuée précédemment, quels sont les autres examens paracliniques à réaliser ?

- Bilan biologique :
  - glycémie .... 2 points
  - vitesse de sédimentation .... 2 points
- Prélèvements de l'otorrhée à visée bactériologique : .... 3 points
  - examen direct .... 1 point
  - cultures aéro et anaérobie .... 1 point
  - et antibiogramme .... 1 point
- Imagerie initiale :
  - IRM de la base du crâne .... 2 points
  - scintigraphie au gallium 67 et au technétium 99 m .... 4 points

Question 7
14 points

Quel est le traitement à envisager ?

- Traitement antalgique .... 1 point
- Équilibration du diabète .... 3 points
- Soins locaux .... 2 points
- Traitement antibiotique : .... 2 points
  - dirigé contre *Pseudomonas aeruginosa* .... 2 points
  - double voire triple antibiothérapie intraveineuse .... 2 points
  - associant le plus souvent une pénicilline (pipéracilline, ticarcilline), la ciprofloxacine et un aminoside *sur une période de plusieurs mois* .... 2 points

COMMENTAIRES

L'otite externe maligne est une maladie rare et grave dont le pronostic vital a été considérablement amélioré par les nouveaux traitements antibiotiques, notamment ceux dirigés contre *Pseudomonas aeruginosa*.

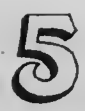
Le terme « maligne » est impropre et prête à confusion : on parle de plus en plus d'otite externe nécrosante progressive.

Il s'agit dans 90 % des cas d'un sujet âgé et diabétique qui a « bénéficié » d'un soin local du conduit (coton-tige, extraction d'un bouchon) à l'origine d'une effraction cutanée. La micro-angiopathie et l'immunodépression liées au diabète font le lit d'une surinfection locale qui est le point de départ du processus ostéolytique.

L'infection commence le plus souvent par une chondrite puis par une ostéite du conduit (os tympanal) avant que celle-ci ne diffuse dans les autres parties de l'os temporal (rocher, mastoïde) voire dans les autres os de la base du crâne comme dans le cas présenté (sphénoïde).

Le traitement est purement médical avec une double antibiothérapie prolongée.

La guérison est affirmée sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques et radiologiques.

Dossier 

Le petit Fabien, 10 ans, vous est amené par sa maman car depuis 5 jours, il se plaint d'une obstruction nasale, de salves d'éternuements et d'une rhinorrhée antérieure et postérieure importante.

Sa maman rapporte dans ses antécédents personnels la notion d'un eczéma allergique traité par dermocorticoïdes depuis l'âge de 5 ans

L'examen physique note une apyrexie, une muqueuse nasale congestive accompagnée de sécrétions nasales fluides et transparentes, un érythème périnarinaire bilatéral. Le reste de l'examen s'avère indemne de toute anomalie.

Question 1 Quel est votre diagnostic ?

Question 2 Quelle est, actuellement, la proportion de la population générale adulte atteinte par cette pathologie ?

Question 3 Quels sont vos arguments en faveur du diagnostic ?

Question 4 Que manque-t-il dans l'interrogatoire pour asseoir votre suspicion ?

Question 5 À quoi attribuez-vous l'érythème périnarinaire bilatéral ?

Question 6 Quel(s) est (sont) l'(les) examen(s) paraclinique(s) à réaliser ?

Question 7 Quel est votre traitement ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Quel est votre diagnostic ?

- Rhinite ollergique (la périodicité est impossible ò préciser) ....10 points

Question 2
10 points

Quelle est, actuellement, la proportion de la population générale adulte atteinte par cette pathologie ?

- 30 % ....10 points

Question 3
15 points

Quels sont vos arguments en faveur du diagnostic ?

- L'âge d'apporition ....3 points
- L'ontécédent d'ollergie....................3 points
- Lo triode symptomatologique typique : rhinorrhée + obstruction nosale + éternuements....................3 points
- Les signes physiques positifs : sécrétions nosales fluides et transparentes....................3 points
- Les signes physiques négatifs : opyrexie et normalité de l'exomen par oilleurs ....3 points

Question 4
25 points

Que manque-t-il dans l'interrogatoire pour asseoir votre suspicion ?

- Notion d'antécédents familiaux d'allergie ....4 points
- L'existence d'outres épisodes identiques....................3 points
- L'existence d'un focteur déclenchant ....3 points
- L'existence de symptômes ossociés :....................3 points
  - o sifflements expiratoires ....3 points
  - o prurit oculaire....................2 points
  - o paresthésies phoryngées ....1 point
  - o signes cutanés en faveur d'une manifestotion ollergique ....2 points
- Lo notion d'une prise médicamenteuse (noture) ....2 points
- Et son oction éventuelle sur un ou plusieurs symptômes .....2 points

Question 5
10 points

À quoi attribuez-vous l'érythème périnarinaire bilatéral ?

- Mouchoge répété....................10 points

Question 6
12 points

Quel(s) est (sont) l'(les) examen(s) paraclinique(s) à réaliser ?

- Tests allergiques :
  - o méthodes de dosages sanguins : exemple du PHADIATOP® ....6 points
  - o tests cutanés : exemple du PRICK-TEST®.........................6 points

Question 7
18 points

Quel est votre traitement ?

- Éviction allergénique si elle s'avère possible......................6 points
- Anti-histaminiques H1 *per os* ....6 points
- Lavage des fosses nasales sérum physiologique ....2 points
- Contrôle de l'efficacité thérapeutique : ....2 points
  - o indication des corticoïdes locaux si inefficacité notamment sur l'obstruction nasale ....2 points

COMMENTAIRES

La rhinite allergique est une pathologie fréquente et de diagnostic aisé.

La classification perannuelle/saisonnière a laissé place à une autre classification à 2 dimensions :

- Selon la fréquence des symptômes :
  1. intermittente si les symptômes sont présents moins de 4 jours par semaines ou moins de 4 semaines dans l'année,
  2. persistante sinon.
- Selon la répercussion des symptômes sur les activités sociales et professionnelles du patient et sur son sommeil :
  1. légère,
  2. modérée à sévère.

La recherche de l'allergène est systématique, sa découverte ne l'est pas.

Il faut toujours rechercher un asthme associé car on estime entre 15 et 40 %, la proportion de patients souffrant de rhinite allergique présentant également un asthme passé inaperçu.

Le traitement passe avant tout par l'éviction de l'allergène, quand elle est possible.

Sinon, il est volontiers chronique utilisant en première intention des anti-histaminiques H1, en seconde intention des corticoïdes locaux.

Dossier 6

Mme H., 52 ans, est hospitalisée pour la prise en charge de vertiges rotatoires violents évoluant depuis 4 heures avec nausées et vomissements.

La crise a été précédée par un bourdonnement de l'oreille gauche et l'impression d'une baisse de l'audition de la même oreille.

C'est la 3e fois que cela se produit depuis 1 an, avec à chaque fois la nécessité d'une hospitalisation pendant 2-3 jours. Entre les crises, aucun symptôme particulier si ce n'est la peur que cela se reproduise. C'est pour cette raison qu'elle est sous anxiolytiques depuis 6 mois.

Elle a effectué un audiogramme tonal il y a 4 (Fig. 1) et 8 mois (Fig. 2), soit quelques jours après les 2 premières crises vertigineuses ressenties. Les épreuves vestibulaires caloriques calibrées (EVCC) réalisées également à 2 reprises n'ont relevé aucune anomalie.

Figure 1

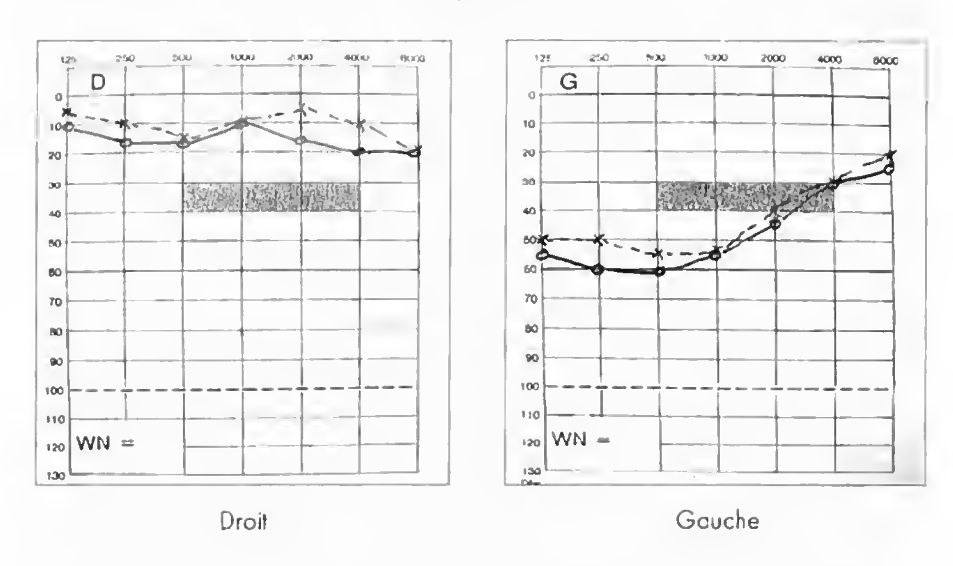
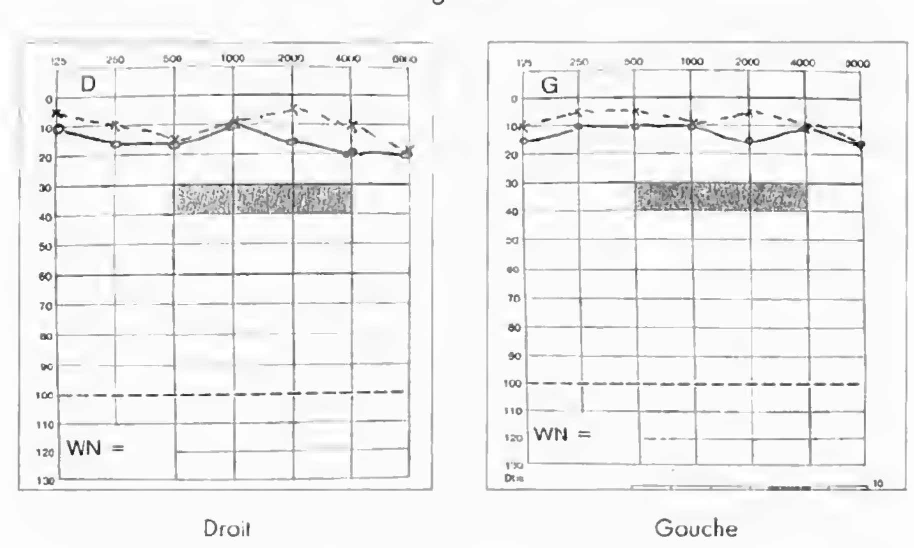


Figure 2



Question 1 Quel diagnostic doit-on suspecter en priorité ?

Question 2 Quels sont les arguments en faveur de celui-ci ?

Question 3 En faisant abstraction des examens complémentaires et en ne considérant donc que l'aspect clinique, quels autres diagnostics aurait-on pu suspecter ?

Question 4 Que manque-t-il dans le bilan paraclinique afin de conforter le diagnostic initial ?

Question 5 Quel est votre traitement de la crise actuelle ?

Question 6 Quel est le traitement inter-critique que vous prescrivez ?

Question 7 Quel est le pronostic fonctionnel de cette maladie ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Quel diagnastic dait-an suspecter en priarité ?

- Maladie de Ménière : ....8 points
  - o tauchant l'areille gauche ....2 paints

Question 2
23 points

Quels sont les arguments en faveur de celui-ci ?

- Terrain :
  - a femme...2 paints
  - a âge campris entre 40 et 65 ans.......................................2 paints
  - o anxiété manifeste...1 paint
- Histaire de la maladie :
  - a existence de 2 crises antérieures identiques...................3 points
- Symptômes de la crise :
  - a triade particulièrement évacatrice assaciant acouphène + surdité + vertige ....3 points
  - a importance des vertiges ....2 paints
- Caractères audiométriques :
  - o surdité de perception unilatérale...................................3 points
  - a prédaminant sur les graves ....2 paints
  - o fluctuante...3 paints
- EVCC intercritiques normales ....2 points

Question 3
12 paints

En faisant abstractian des examens complémentaires et en ne cansidérant danc que l'aspect clinique, quels autres diagnostics aurait-an pu suspecter ?

- Neurinome de l'acoustique gauche...................................3 paints
- Labyrinthite gauche..3 paints
- Fistule périlymphatique gauche..3 points
- Syphilis de l'areille gauche ....3 paints

Question 4
16 points

Que manque-t-il dans le bilan paraclinique afin de conforter le diagnostic initial ?

- Impédancemétrie : ....2 points
  - o étude du réflexe stapédien (test de Metz) ....1 point
  - o à la recherche d'un recrutement en faveur d'une origine endocochléaire de la surdité ....2 points
- Audiogramme vocal : ....2 points
  - o dégradation de l'intelligibilité supérieure à ce qu'on pouvait attendre à la vue de l'audiogramme tonal ....2 points
- Test osmotique ou glycérol : ....3 points
  - o dont la positivité signe le diagnostic ....1 point
- IRM cérébrale : ....2 points
  - o à la recherche d'un neurinome de l'acoustique ....1 point

Question 5
12 points

Quel est votre traitement de la crise actuelle ?

- Perfusion pour hydratation et équilibration ionique ....3 points
- Anxiolytiques intraveineux ....3 points
- Antiémétiques intraveineux...3 points
- Antivertigineux intraveineux type acétyl leucine (TANGANIL®) ....3 points

Question 6
16 points

Quel est le traitement inter-critique que vous prescrivez ?

- Soigner la relation médecin-malade ....4 points
- Diminuer l'anxiété :..2 points
  - o relaxation...1 point
  - o anxiolytiques...1 point
- Règles hygiénodiététiques : ....2 points
  - o respect du sommeil ....1 point
  - o alimentation hyposodée..1 point
- Vestibuloplégiques :...2 points
  - o Bétahistine (SERC®) ....2 points

Question 7
11 points

Quel est le pronostic fonctionnel de cette maladie ?

- Évolution imprévisible ....3 points
- Crises de vertiges de fréquence très variable selon les patients et pour un même patient, s'amenuisant avec le temps en général ....2 points
- Déséquilibres fréquents...1 point
- Altération progressive de l'audition de façon bilatérale.....2 points
  - o entraînant un handicap sensoriel ....1 point
- Acouphènes persistants de fréquence et d'intensité variables...2 points

COMMENTAIRES

La maladie de Ménière est une cause rare de vertiges.

Elle doit être suspectée chez un patient (le plus souvent une patiente), se plaignant de crises de vertiges intenses précédées par des signes auditifs, en particulier une plénitude d'oreille et un acouphène de tonalité volontiers grave touchant une oreille. La surdité peut passer inaperçue derrière le tableau vertigineux intense.

Il existe le plus souvent un contexte psychologique d'anxiété.

L'audiogramme tonal typique montre au début de la maladie, durant la crise, une surdité de perception unilatérale ou bilatérale et asymétrique touchant principalement les graves. À distance de la crise, l'audiogramme peut être normal donnant à cette surdité son caractère fluctuant très évocateur.

Les tests osmotiques, quand ils sont positifs, apportent un élément essentiel au diagnostic.

Les autres examens complémentaires sont peu contributifs

Au fil du temps et des crises, l'audition se dégrade fréquemment.

Les crises de vertiges, par leur fréquence et leur intensité, peuvent nécessiter un traitement chirurgical (neurectomie vestibulaire, labyrinthectomie chimique).

La prise en charge psychologique est un pan important du traitement.

Dossier 7

Mr V., 78 ans, ancien cheminot, vous est adressé par son généraliste pour un problème de surdité.

Il est accompagné de sa femme qui rapporte que son mari depuis plusieurs années, a des difficultés à l'entendre et qu'elle est obligée d'élever la voix systématiquement pour se faire comprendre. Par ailleurs, Mr V ne prend plus part aux discussions lorsqu'il y a des réunions familiales car il ne comprend plus les gens et se sent donc de plus en plus isolé. Il se plaint par ailleurs de quelques troubles de l'équilibre dont son médecin traitant pense qu'ils proviennent de l'oreille interne

Mr V a plusieurs antécédents médicaux :

- Insuffisance coronarienne et hypertension artérielle suivies par un cardiologue pour lesquelles il prend de l'aspirine (150 mg/j) et du LOXEN®
- Diabète non-insulinodépendant connu depuis 18 ans, traité par GLUCOPHAGE® et régime hypoglucidique, compliqué d'une rétinopathie et d'une néphropathie.
- Arthrose des membres inférieurs soignée par des antalgiques.

Vous suspectez une presbyacousie.

Question 1 Quels sont les arguments en faveur de ce diagnostic ?

Question 2 Quelles pourraient être, compte tenu des antécédents du patient, les autres explications de cette surdité ?

Question 3 Quelles peuvent être les origines des troubles de l'équilibre ?

Question 4 Que comporte votre examen physique ?

Question 5 Quel bilan complémentaire effectuez-vous initialement ?

Question 6 Celui-ci conforte le diagnostic de presbyacousie. Quels résultats ont permis cette confirmation ?

Question 7 Vous prescrivez une audioprothèse. Quels sont les éléments du choix du type d'appareillage ?

Question 8 Quels sont les facteurs de réussite d'une réhabilitation auditive ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Quels sont les arguments en faveur de ce diagnostic ?

- Âge....................2 points
- Surdité gênante, bilatérale....................2 points
- Progressivité de la surdité....................2 points
- Perte de l'intelligibilité dans le bruit (réunions familiales)...2 points
- Gêne plus importante pour l'entourage....................2 points

Question 2
12 points

Quelles pourraient être, compte tenu des antécédents du patient, les autres explications de cette surdité ?

- Surdité professionnelle (cheminot)....................3 points
- Angiopathie (antécédents d'insuffisance coronarienne, diabète)....................3 points
- Neuropathie (diabète)....................3 points
- Ototoxicité médicamenteuse (prise d'aspirine au long cours, néphropathie avec insuffisance rénale potentielle)....................3 points

Question 3
15 points

Quelles peuvent être les origines des troubles de l'équilibre ?

- Ce qui peut être discuté :
  - o atteinte du nerf cochléovestibulaire (neurinome de l'acoustique)....................3 points
  - o insuffisance vertébrobasilaire (angiopathie)....................3 points
  - o arthrose cervicale....................3 points
  - o neuropathie diabétique....................3 points
  - o vieillissement cérébral....................3 points

Question 4
17 points

Que comporte votre examen physique ?

- Otoscopie :....................2 points
  - o recherche d'une pathologie de l'oreille externe (bouchon de cérumen +++)....................1 point
  - o et de l'oreille moyenne....................1 point
- Acoumétrie :....................3 points
  - o voix chuchotée, parlée ou criée....................2 points
  - o diapason :
    - vérifier la nature perceptionnelle de la surdité (Rinne positif)....................2 points
    - et son caractère symétrique (Weber centré)....................2 points
- Examen vestibulaire :....................2 points
  - o recherche d'un nystagmus sous lunettes de Frenzel....................1 point
  - o recherche d'une déviation posturale....................1 point

Question 5
12 points

Quel bilan complémentaire effectuez-vous initialement ?

- Audiogramme tonal ....4 points
- Audiogramme vocal ....4 points
- Impédancemétrie : ....1 point
  - o tympanométrie ....1 point
  - o étude du réflexe stapédien ....2 points

Question 6
16 points

Celui-ci conforte le diagnostic de presbyacousie. Quels résultats ont permis cette confirmation ?

- Audiogramme tonal :
  - o surdité de perception ....2 points
  - o bilatérale ....2 points
  - o symétrique ....2 points
  - o descendante sur les aigus ....2 points
- Audiogramme vocal :
  - o courbe décalée vers la droite ....2 points
  - o avec une pente moins inclinée ....2 points
  - o et un maximum d'intelligibilité < 100 % ....2 points
- Impédancemétrie : mise en évidence d'un recrutement en faveur d'une origine endocochléaire de la surdité de perception ....2 points

Question 7
10 points

Vous prescrivez une audioprothèse. Quels sont les éléments du choix du type d'appareillage ?

- Demande du patient et/ou de son entourage ....2 points
- Gêne auditive (données de l'audiogramme vocal).............2 points
- Importance de la perte auditive tonale ....2 points
- Âge et capacités cognitives ....2 points
- Degré d'autonomie ....2 points

Question 8
8 points

Quels sont les facteurs de réussite d'une réhabilitation auditive ?

- Soutien de l'environnement familial ....2 points
- Acceptabilité de l'appareillage (donc conditionnant son port régulier) ....2 points
- Bilatéralité de l'appareillage ....2 points
- Rééducation orthophonique associée................................2 points

COMMENTAIRES

Dossier typique de presbyacousie.

Le maître symptôme est la surdité d'apparition et d'aggravation progressive. Le handicap qui en naît s'explique par la bilatéralité de l'atteinte.

L'examen physique doit mettre en évidence une surdité de perception bilatérale et symétrique confirmée par l'audiogramme tonal.

Les courbes de l'audiogramme tonal doivent être sensiblement parallèles, descendre sur les aigus pour être évocatrices.

L'audiogramme vocal doit être systématiquement effectué dans ce cadre.

La prescription des audioprothèses est affaire d'1 spécialiste en ORL.

Dossier 

Mr U., 72 ans, vient vous consulter car sa voix est rauque depuis environ 2 mois. Son médecin généraliste lui a prescrit un traitement anti inflammatoire puis antibiotique mais aucune améliaration ne s'est produite.

Ancien grand fumeur, il a arrêté son intoxication tabagique il y a 5 ans suite à la découverte d'un cancer bronchique traité par chirurgie

L'examen du larynx montre l'aspect suivant



Question 1 Décrire la lésion photographiée.

Question 2 Sachant le contexte, quel(s) est(sont) le(s) diagnostic(s) possible(s) ?

Question 3 Comment assurer le diagnostic ?

Question 4 Quel bilan complémentaire est à prévoir ?

Le diagnostic est celui d'un carcinome épidermoïde infiltrant et peu différencié.

Question 5 Quelles sont les possibilités thérapeutiques ?

Question 6 Quel est le pronostic d'une telle lésion ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
15 points

Décrire la lésion photographiée.

- Tuméfaction bourgeonnante ....5 points
- Aspect leucokératosique ....5 points
- Touchant les 2/3 antérieurs de la corde vocale droite mais respectant la commissure antérieure ....5 points

Question 2
14 points

Sachant le contexte, quel(s) est(sont) le(s) diagnostic(s) possible(s) ?

- Laryngite chronique ....7 points
- Cancer glottique ....7 points

Question 3
16 points

Comment assurer le diagnostic ?

- Réaliser une biopsie ....8 points
- Afin d'effectuer un examen anatomopathologique ....8 points

Question 4
20 points

Quel bilan complémentaire est à prévoir ?

- Panendoscopie des voies aérodigestives supérieures : ....8 points
  - o à la recherche d'une deuxième localisation synchrone ....7 points
  - o afin de réaliser les biopsies ....5 points

Le diagnostic est celui d'un carcinome épidermoïde infiltrant et peu différencié

Question 5
14 points

Quelles sont les possibilités thérapeutiques ?

- Radiothérapie externe exclusive.....................................7 points
- Chirurgie laryngée partielle ....7 points

Question 6
21 points

Quel est le pronostic d'une telle lésion ?

- Bon pronostic car : ....5 points
  - o lésion symptomatique à un stade précoce (dysphonie) ....8 points
  - o très peu de lymphophilie ....8 points

COMMENTAIRES

Rappelons que toute anomalie vocale chez un fumeur *ou* un ancien fumeur est suspecte de révéler un cancer laryngé.

Aucun aspect lésionnel n'est spécifique d'un cancer d'où la nécessité, comme pour tout autre cancer, d'avoir une preuve histologique.

La panendoscopie des voies aérodigestives supérieures est réalisée sous anesthésie générale et comporte un examen minutieux de la muqueuse des régions suivantes :

- cavité orale : langue mobile, plancher buccal, gencives, joues, lèvres, palais osseux, commissure intermaxillaire,
- oropharynx : loges amygdaliennes, base de langue, zone de jonction (ou sillon amygdaloglosse), vallécules, paroi oropharyngée postérieure, voile du palais,
- hypopharynx : récessus (ou sinus) piriformes, région rétrocricoïdienne, paroi hypopharyngée postérieure,
- larynx : les 3 étages (supraglottique, glottique et infraglottique),
- trachée,
- œsophage.

Du fait de la très faible lymphophilie de cette localisation tumorale, le bilan d'extension peut se limiter à la seule panendoscopie. Durant le même temps pourra être réalisée une exérèse lésionnelle emportant en bloc toute la tumeur.

La place de la chimiothérapie est en cours d'évolution. Elle trouve très peu d'indication dans cette localisation tumorale.

Dossier 9

Vous recevez aux urgences à 20 h par SAMU un jeune patient de 25 ans adressé par un autre hôpital pour une epistaxis importante.

Le médecin qui vous fait les transmissions tient la tête du patient dans sa main droite et une sonde urinaire dans sa main gauche. L'histoire remonte à 12 h, heure à laquelle s'est réveillé le patient et a en même temps commencé l'hémorragie. Plusieurs tentatives de méchage antérieur ont été réalisées mais au succès partiel. Son taux d'hémoglobine sérique était de 14,4 g/dl à 13 h et de 7,9 g/dl à 17 h. Il a bénéficié de l'apport de 2 culots globulaires de groupe O- ayant permis d'obtenir un taux à 9,6 g/dl à 19 h. En dernier recours a été mise en place une sonde urinaire gonflée mais au succès également partiel.

Le patient est visiblement agité et anxieux mais parfaitement conscient. Sa tension artérielle est de 125/60 et son pouls 118. Il n'existe aucun signe de choc hypovolémique. Malgré la présence de la sonde urinaire dans la fosse nasale gauche, du sang continue à en provenir. Il est perfusé aux 2 bras par un soluté de remplissage.

Question 1 Comment orientez-vous votre examen clinique ?

Question 2 Quel(s) est (sont) le(s) signe(s) de gravité ?

Question 3 Quelle est votre conduite à tenir initiale ?

Question 4 Prescrivez-vous un bilan complémentaire ? Si oui, lequel ? Sinon, pourquoi ?

Question 5 En admettant que vous ayez réussi à stopper l'hémorragie, que prévoyez-vous et dans quel délai ?

On vous rappelle 2 h après pour un vomissement brutal de sang rouge cailloté et noirâtre.

Question 6 De quelle origine peut-il s'agir ?

Question 7 Cela change-t-il votre conduite à tenir ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
21 points

Comment orientez-vous votre examen clinique ?

- Interrogatoire à la recherche d'une cause : ....3 points
  - o antécédents médicaux :
    - troubles de l'hémostase connus.................................1 point
    - hémopathies...1 point
    - tumeurs nasosinusiennes ....1 point
  - o notion d'épisodes anciens, leur fréquence, leur importance, le traitement entrepris..........................2 points
  - o prise médicamenteuse récente :
    - aspirine +++ ....1 point
    - anticoagulant ....1 point
    - chimiothérapie ....1 point
  - o prise de toxiques (cocaïne)..1 point
  - o notion de traumatisme...1 point
- Examen physique :
  - o examen oropharyngé à l'abaisse-langue : ....3 points
    - à la recherche d'une épistaxis postérieure associée...1 point
  - o recherche de signes récents de traumatisme facial : hématome en lunette, plaies cutanées, déformations de reliefs, palpation osseuse douloureuse......................2 points
  - o recherche d'autres signes de thrombopénie : pétéchies, hémorragies gingivales, hémorragie sous conjonctivale, hématurie..2 points

Question 2
12 points

Quel(s) est (sont) le(s) signe(s) de gravité ?

- Durée de l'épisode hémorragique....................................4 points
- Inefficacité des tamponnements.......................................4 points
- Chute de l'hémoglobine...4 points

Question 3
20 points

Quelle est votre conduite à tenir initiale ?

- Calmer le patient : anxiolytiques (TRANXÈNE® 50 mg) ....3 points
- Calmer l'entourage familial et médical/paramédical ....2 points
- Préparation des fosses nasales :
  - o ablation de la sonde urinaire...1 point
  - o aspiration nasale...1 point
  - o méchage antérieur bilatéral à la XYLOCAÏNE® naphazoline 1 % à laisser agir 10 min ....3 points
- Antalgiques puissants : morphine sous-cutanée voire intraveineuse ....2 points
- Mise en place de 2 sondes nasales à double ballonnet à gonfler prudemment et sans excès ....6 points
- Antibiotiques de couverture...2 points

Question 4
16 points

Prescrivez-vous un bilan complémentaire ? Si oui, lequel ? Sinon, pourquoi ?

Oui à la recherche d'une cause et pour apprécier le retentissement :
- Numération formule sanguine : ....4 points
  - o anémie...2 points
  - o thrombopénie...1 point
- Groupage sanguin ....2 points
- Bilan d'hémostase :..4 points
  - o TP ....1 point
  - o TCA...1 point
  - o fibrinogène ....1 point

Question 5
16 points

En admettant que vous ayez réussi à stopper l'hémorragie, que prévoyez-vous et dans quel délai ?

- Surveillance clinique rapprochée et régulière : ....4 points
  - o signes de pancarte..1 point
  - o contrôle du taux d'hémoglobine au doigt (HEMOCUE®) ....1 point
  - o inspection nasale et oropharyngée à la recherche d'une épistaxis persistante...2 points
- Prévoir un traitement hémostatique complémentaire le lendemain selon les possibilités locales : ....4 points
  - o embolisation artérielle par radiologie interventionnelle ....2 points
  - o ligature/hémostase artérielle chirurgicale......................2 points

On vous rappelle 2 h après pour un vomissement brutal de sang rouge caillotée et noirâtre.

Question 6
6 points

De quelle origine peut-il s'agir ?

- Épistaxis déglutie, le plus probablement ....3 points
- Hémorragie digestive haute (trouble de l'hémostase avéré, stress) ....3 points

Question 7
9 points

Cela change-t-il votre conduite à tenir ?

- Oui ....3 points
- Fibroscopie œsogastroduodénale en urgence ....6 points

COMMENTAIRES

Les épistaxis sont fréquentes et dans 90 % des cas bénignes (= arrêt spontané ou suite à un méchage antérieur bien effectué).

Leur dangerosité provient soit de l'origine de l'hémorragie (plaie artérielle post-traumatique, tumeur endonasale, hypocoagulabilité sanguine), soit de leur abondance, soit du terrain sur lequel elles surviennent (personnes âgées).

Leur traitement passe avant la recherche étiologique, la tolérance clinique de l'hémorragie avant leur traitement.

Le méchage par sondes à double ballonnet tend à remplacer le méchage postérieur, plus traumatisant et nécessitant une anesthésie générale.

Un méchage efficace doit arrêter l'épistaxis à extériorisation tant antérieure que postérieure.

Dossier 10

Mme R., 72 ans, sans antécédent particulier, vient vous consulter pour une dysphagie évoluant depuis environ 6 mois

Initialement, elle s'est plainte d'une gêne à la déglutition associée à ce qu'elle croit être des régurgitations (rejets d'aliments non digérés, 2 à 3 heures après les repas). Puis sont apparues des quintes de toux, se déclenchant également 2 à 3 heures après les repas.

Depuis 2 mois, elle mange une nourriture moulinée ou crémeuse qu'elle met 2 à 3 fois plus de temps à ingurgiter qu'avant. Elle se plaint également d'avoir une mauvaise haleine.

L'examen physique ORL est sans particularité. Le reste de l'examen clinique ne révèle aucune anomalie particulière.

Son médecin traitant lui a fait réaliser une radiographie thoracique qui s'est avérée normale. Il vous l'envoie maintenant pour avis diagnostique et thérapeutique.

Question 1 Quel(s) diagnostic(s) supposez-vous ?

Question 2 Quelles questions restent à poser pour affiner votre suspician ?

Question 3 Quelles sont en réalité les « régurgitations » dant parle la patiente ?

Question 4 Qu'aurait pu montrer la radiographie de thorax ?

Vous réalisez un bilan radiologique complémentaire dont une des images est la suivante



Question 5 Commentez-la. En déduire le diagnostic.

Question 6 Quel est le mécanisme physiopathologique de ce genre de lésion ?

Question 7 Quel en est le traitement ?

Question 8 Quel est l'examen à réaliser de façon systématique 24 heures après l'intervention ? Pour quelle raison ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
16 points

Quel(s) diagnostic(s) supposez-vous ?

- Cancer hypopharyngé ....4 points
- Cancer de l'œsophage ....4 points
- Diverticule pharyngo-œsophagien de Zenker ....3 points
- Causes motrices œsophagiennes : ....3 points
  - primaires
  - secondaires
- Œsophagite ....2 points

Question 2
16 points

Quelles questions restent à poser pour affiner votre suspicion ?

- Perte de poids récente *(en faveur d'un cancer ou d'un diverticule de Zenker)* ....4 points
- Épisodes fébriles *(en faveur d'une pneumopathie de déglutition)* ....4 points
- Existence de douleurs :
  - pharyngées/auriculaires *(en faveur d'un cancer des voies aérodigestives supérieures)* ....2 points
  - cervicales *(en faveur d'un cancer de l'œsophage ou d'une œsophagite)* ....2 points
  - thoraciques *(en faveur d'une pneumopathie, d'une œsophagite ou d'une cause motrice œsophagienne primaire telle que l'achalasie ou l'œsophage « casse-noisette »)* ....2 points
- Existence :
  - d'une dysphonie ....1 point
  - d'une dyspnée..1 point

Question 3
8 points

Quelles sont en réalité les « régurgitations » dont parle la patiente ?

- Il s'agit en fait de ruminations : ....5 points
  - c'est-à-dire d'une régurgitation faisant suite à la vidange du diverticule dans le pharynx, typiquement plusieurs heures après le repas ....3 points

Question 4
8 points

Qu'aurait pu montrer la radiographie de thorax ?

- Des signes en faveur d'une pneumopathie de déglutition ....5 points
- Parfois un niveau hydro-aérique cervical au niveau de C6, C7 ou T1 ....3 points

Vous réalisez un bilan radiologique complémentaire dont une des images est la suivante.

Question 5
18 points

Commentez-la. En déduire le diagnostic.

- Transit baryté pharyngo-œsophagien ....4 points
- Cliché de profil droit..2 points
- Image d'addition ....4 points
- Au niveau C7 – T1 ....3 points
- Conclusion : image évocatrice de diverticule pharyngo-œsophagien de Zenker ....5 points

Question 6
12 points

Quel est le mécanisme physiopathologique de ce genre de lésion ?

- Hypertonie du muscle cricopharyngien.............................3 points
- Déhiscence de la muqueuse hypopharyngée au-dessus de ce muscle créant une poche diverticulaire.....3 points
- Augmentation progressive de la taille de la poche diverticulaire...3 points
- Compression œsophagienne haute par la poche alourdie d'aliments ....3 points

Question 7
12 points

Quel en est le traitement ?

- Le traitement, lorsqu'il est indiqué, est exclusivement chirurgical : ....5 points
  - o visant à exclure la poche diverticulaire de l'entonnoir pharyngé..3 points
- Soit par voie endoscopique..2 points
- Soit par cervicotomie ....2 points

Question 8
10 points

Quel est l'examen à réaliser de façon systématique 24 heures après l'intervention ? Pour quelle raison ?

- La radiographie thoracique..5 points
- Pour dépister une médiastinite débutante (pneumomédiastin)..5 points

COMMENTAIRES

Une dysphagie chez un sujet âgé, même en l'absence d'intoxication alcoolotabagique, doit faire suspecter avant tout un cancer des voies aérodigestives supérieures (ici l'examen ORL était rassurant ce qui n'élimine pas une lésion hypopharyngée) et/ou un cancer de l'œsophage.

Le diverticule de Zenker mime la présentation d'un cancer œsophagien à la douleur près (dysphagie + amaigrissement + asthénie chez un sujet âgé)

Quelques signes permettent de le suspecter :

- l'halitose (= haleine fétide),
- les ruminations,
- les gargouillis (= bruits hydro-aériques entendus à la palpation cervicale),
- les fausses-routes avec les risques de pneumopathie de déglutition inhérents.

L'examen complémentaire de référence est le transit baryté pharyngo-œsophagien qui met en évidence typiquement une image d'addition au niveau cervical

L'indication opératoire se porte essentiellement en fonction du retentissement sur l'état général (en particulier l'amaigrissement et les pneumopathies)

Dossier 11

Mlle T., 26 ans, sans aucun antécédent, vous est adressée pour une angine virale qui évolue mal sous traitement symptomatique (antalgiques, anti-inflammatoires et collutoires).

Tout a commencé il y a 2 jours avec une odynophagie fébrile à 39 °C. Le médecin généraliste a donc diagnostiqué une angine virale (hypertrophie amygdalienne érythémateuse diffuse sans aucun enduit pultacé d'après lui) et a prescrit un traitement symptomatique.

Aujourd'hui, les douleurs sont toujours aussi fortes et la dysphagie confine à l'aphagie. De plus, la voix s'est modifiée avec l'impression d'avoir constamment la bouche pleine et la patiente ressent des difficultés à ouvrir correctement la bouche.

L'examen physique note une apyrexie, des adénopathies cervicales inflammatoires multiples et un examen oropharyngé évocateur d'un phlegmon péri-amygdalien gauche.

Question 1 Quels sont les signes oropharyngés d'un phlegmon péri-amygdalien ?

Question 2 Comment expliquer la voix modifiée ? Comment appelle-t-on ce symptôme ?

Question 3 Outre ces signes, quels sont les éléments du tableau qui doivent vous faire suspecter ce diagnostic ?

Question 4 Quelle est la conduite à tenir dans l'immédiat ?

Question 5 Quel traitement instaurez-vous ?

Question 6 En cas d'évolution favorable, quelles informations doit-on apporter à la patiente ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
15 points

Quels sont les signes oropharyngés d'un phlegmon péri-amygdalien ?

- Refoulement controlatéral de l'amygdale et de la luette ....5 points
- Tuméfaction de la loge amygdalienne sous la forme d'une voussure du pilier antérieur ....5 points
- Œdème de la luette..5 points

Question 2
15 points

Comment expliquer la voix modifiée ? Comment appelle-t-on ce symptôme ?

- La modification de la voix est secondaire à :
  - o l'obstruction oropharyngée ....5 points
  - o et la paralysie du voile du palais ....5 points
- Il s'agit d'une rhinolalie fermée ....5 points

Question 3
20 points

Outre ces signes, quels sont les éléments du tableau qui doivent vous faire suspecter ce diagnostic ?

- Angine récente ....5 points
- Prise récente d'anti-inflammatoires ....5 points
- Aphagie...5 points
- Trismus...5 points

Question 4
10 points

Quelle est la conduite à tenir dans l'immédiat ?

- Ponction – évacuation de l'abcès à visée bactériologique et antalgique ....5 points
- Hospitalisation du fait de l'aphagie..................................5 points

Question 5
30 points

Quel traitement instaurez-vous ?

- Arrêt des anti-inflammatoires...5 points
- Perfusion avec rééquilibration hydro-électrolytique............5 points
- Antalgiques intraveineux ....5 points
- Antibiothérapie probabiliste intraveineuse type amoxicilline – acide clavulanique (1 g x 3 par jour).........5 points
- Régime lacté – froid ....5 points
- Surveillance : température, douleur ....5 points

Question 6
10 points

En cas d'évolution favorable, quelles informations doit-on apporter à la patiente ?

- Risque de récidive = 50 % ....5 points
- L'existence d'un antécédent de phlegmon péri-amygdalien est une indication à l'amygdalectomie.....5 points

COMMENTAIRES

Le phlegmon péri-amygdalien est une complication d'une angine bactérienne. Il correspond à une collection purulente entre la capsule amygdalienne et le plan musculaire oropharyngé latéral.

Son incidence est favorisée par la prescription d'anti-inflammatoires, notamment d'AINS, donnés trop souvent à titre antalgique lors d'une angine.

Le traitement est l'évacuation de la collection par ponction, parfois par incision sous couverture antibiotique probabiliste.

Le risque de récidive est important, probablement par le fait que la première collection a laissé un espace de décollement.

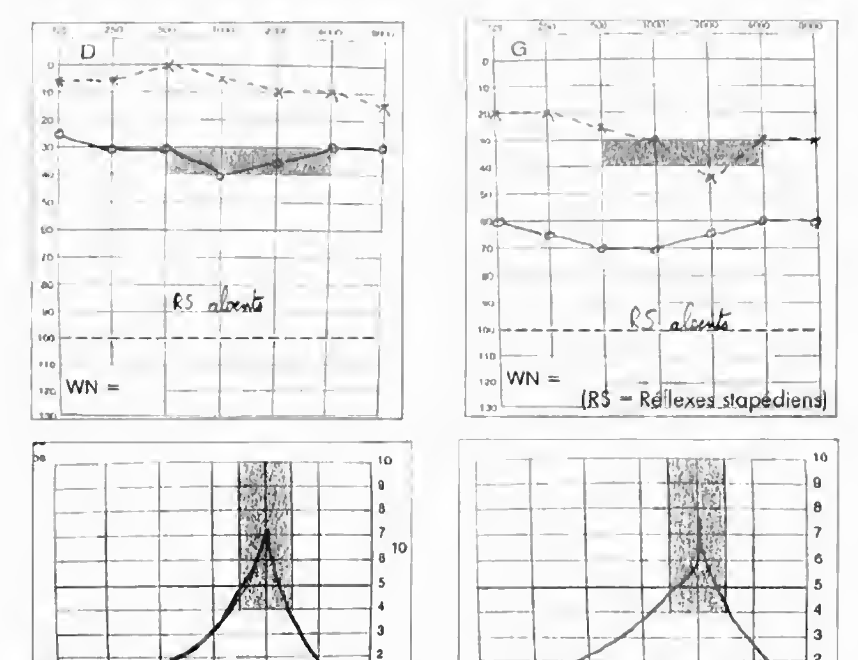
L'amygdalectomie « à chaud » est licite, la dissection de la capsule étant déjà effectuée par la collection.

Dossier 12

Mme P., 38 ans trois enfants sans profession ni antécédent, vient vous voir car il lui semble entendre moins bien depuis plusieurs mois des 2 oreilles. Par ailleurs, elle se plaint de bourdonnements de l'oreille gauche.

L'examen otoscopique décèle un bouchon de cérumen facilement retiré du côté droit. Les conduits auditifs et les tympans sont normaux. Le tic-tac de la montre n'est perçu par aucune des 2 oreilles. L'épreuve de Weber est latéralisée du côté gauche, l'épreuve de Rinne et de Lewis est négative des 2 côtés.

Vous réalisez un audiogramme tonal et une tympanométrie complète dont les résultats sont les suivants



Votre suspicion diagnostique est alors forte

Question 1 Que manque-t-il dans l'interrogatoire ?

Question 2 Que signifie la négativité de l'épreuve de Rinne et la négativité de l'épreuve de Lewis ?

Question 3 Commentez l'audiogramme tonal.

Question 4 Commentez la tympanométrie.

Question 5 Quel diagnostic supposez-vous ? Sur quels arguments ?

Question 6 Quel autre examen complémentaire vous faut-il ?

Question 7 Que lui proposer alors ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
9 points

Que manque-t-il dans l'interrogatoire ?

- Antécédents familiaux de surdité voire d'otospongiose .....3 points
- Prise médicamenteuse récente notamment ototoxique.........1 point
- Symptomatologie :
  - o sensations vertigineuses ....1 point
  - o troubles de l'équilibre ....1 point
  - o oscillopsies ....1 point
  - o plénitude de l'oreille ....1 point
  - o otalgie/otorrhée ....1 point

Question 2
12 points

Que signifie la négativité de l'épreuve de Rinne et la négativité de l'épreuve de Lewis ?

- Rinne :
  - o sa négativité signifie une conduction osseuse supérieure à la conduction aérienne ....3 points
  - o donc une surdité de transmission ou mixte ....3 points
- Lewis :
  - o sa négativité signifie une conduction osseuse supérieure à la conduction cartilagineuse ....3 points
  - o très évocatrice d'ankylose stapédovestibulaire donc d'otospongiose ....3 points

Question 3
13 points

Commentez l'audiogramme tonal.

- Surdité de transmission de l'oreille droite :..........................3 points
  - o avec Rinne audiométrique de 15 à 35 dB.......................2 points
- Surdité mixte de l'oreille gauche :......................................3 points
  - o avec seuils en CO entre 20 et 45 dB...............................1 point
  - o Rinne audiométrique de 20 à 45 dB ....1 point
  - o la composante perceptionnelle de la surdité indique un début de labyrinthisation ....3 points

Question 4
11 points

Commentez la tympanométrie.

- Tympanométrie :
  - o pics de compliance centrés...3 points
  - o courbes de type A...3 points
- Test de Metz : disparition des réflexes stapédiens ipsi et controlatéraux ....5 points

Question 5
28 points

Quel diagnostic supposez-vous ? Sur quels arguments ?

- Diagnostic suspecté : otospongiose....................................5 points
- Arguments :
  - o terrain :
    - sexe féminin..3 points
    - âge compris entre 20 et 50 ans ....1 point
    - multipare...1 point
  - o symptomatologie :
    - surdité progressive ....3 points
    - et bilatérale ....3 points
    - acouphènes..1 point
  - o signes physiques :
    - normalité tympanique..3 points
    - épreuve de Lewis négative...1 point
  - o signes impédancemétriques :
    - tympanométrie normale...1 point
    - absence de réflexe stapédien..2 points
  - o données de l'audiométrie :
    - Rinne bilatéral ....3 points
    - labyrinthisation ....1 point

Question 6
10 points

Quel autre examen complémentaire vous faut-il ?

- Selon les recommandations des références médicales opposables, la forte suspicion du diagnostic d'otospongiose effectuée sur l'examen clinique, l'impédancemétrie et l'audiométrie tonale ne doit pas aboutir à la réalisation d'examens complémentaires supplémentaires, en particulier à orientation radiologique ....10 points

Question 7
17 points

Que lui proposer alors ?

- Devoir d'information :...5 points
  - o nature de la maladie...1 point
  - o évolutivité potentielle ....1 point
  - o choix thérapeutique (abstention, chirurgie, audioprothèses) ....1 point
  - o avec avantages et inconvénients de chacun...................2 points
- Du fait du jeune âge de la patiente : ....1 point
  - o du Rinne audiométrique important ....1 point
  - o et du début de labyrinthisation ....1 point
  - o l'indication opératoire s'avère licite.................................4 points

COMMENTAIRES

Une surdité de transmission, a fortiori bilatérale, avec un examen tympanique normal doit faire évoquer en premier lieu une otospongiose.

Les diagnostics différentiels existent mais sont rares :

- aplasie mineure de l'oreille (surdité non évolutive),
- rupture traumatique de chaîne ossiculaire (antécédent de traumatisme crânien),
- autres plus rares : ankylose uncudomalléaire, ostéoporose, maladie de Lobstein.

En théorie, devant la suspicion d'une otospongiose, il n'y a pas de place pour le sconner des rochers. En pratique, cet examen est volontiers effectué, notamment pour éliminer les diagnostics différentiels.

Le traitement chirurgical est très efficace : amélioration spectaculaire de l'audition, disparition potentielle des acouphènes, diminution voire arrêt de l'évolution (notamment de la labyrinthisation ou otospongiose cochléaire).

Le devoir d'information est fondamental sur une chirurgie dite fonctionnelle, ce d'autant qu'il existe des risques de vertiges et de cophose (surdité totale définitive) post-opératoires.

L'intervention vise en une exploration d'oreille initiale pour assurer le diagnostic positif (constater la continuité ossiculaire et l'absence de mobilité de la platine de l'étrier lors de la mobilisation du marteau) puis en une stapédectomie (ablation de l'étrier) avant de remplacer ce dernier par une prothèse.

Dossier 13

Mme Q., 56 ans, vous est adressée par son gynécologue pour une adénopathie cervicale apparue il y a environ 2 mois.

L'interrogatoire révèle plusieurs antécédents

- une hystérectomie il y a 6 ans pour des fibromyomes utérins,
- une appendicectomie à l'âge de 17 ans,
- une hypercholestérolémie traitée par fibrates.

Aucun autre symptôme ne semble gêner la patiente.

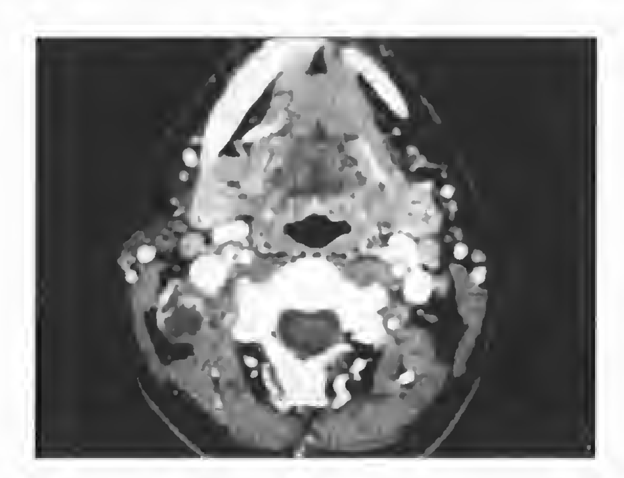
L'examen cervical objective une adénopathie dans le territoire jugulocarotidien moyen (zone III) droit de 3 cm de diamètre, sphérique, dure, indolore et semblant adhérer au plan profond. La palpation cervicale retrouve également 4 autres adénopathies mesurant moins de 2 cm dans les zones II et IV du même côté mais ayant les mêmes caractéristiques. Le reste de l'examen physique est sans particularité.

Question 1 Qu'a comporté le reste de votre examen physique ?

Question 2 Quelles sont les caractéristiques d'une adénopathie inflammatoire ?

Question 3 Quel bilan complémentaire prescrivez-vous ?

La patiente revient 4 jours après avec les résultats du bilan.



Question 4 Commentez le cliché ci-dessus.

Question 5 Une ponction cytologique conclue à la présence d'un adénocarcinome. Quelles sont les localisations tumorales cervicofaciales primitives théoriquement possibles ?

Question 6 L'échographie cervicale met en évidence 2 nodules infracentimétriques du lobe thyroïdien droit. En supposant qu'il s'agisse d'un carcinome papillaire, quel est le traitement à lui proposer ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
26 points

Qu'a comporté le reste de votre examen physique ?

- Palpation thyroïdienne..3 points
- Palpation parotidienne..3 points
- Palpation sous-maxillaire..2 points
- Examen de la cavité buccale :
  - o lèvres ....1 point
  - o joues ....1 point
  - o langue mobile ....1 point
  - o plancher buccal (+++) ....1 point
  - o gencives ....1 point
  - o commissure intermaxillaire...1 point
- Examen de l'oropharynx :
  - o loge amygdalienne (+++) avec palpation......................3 points
  - o voile du palais...1 point
  - o palpation de la base de langue ....1 point
  - o paroi pharyngée postérieure..1 point
- Examen à la fibre optique :
  - o du rhinopharynx (+++) ....3 points
  - o des fosses nasales ....1 point
  - o du larynx ....1 point
  - o et de l'hypopharynx...1 point

Question 2
15 points

Quelles sont les caractéristiques d'une adénopathie inflammatoire ?

- Fermeté sans dureté ....3 points
- Douleur (spontanée et/ou déclenchée à la palpation) ......3 points
- Chaleur locale ....3 points
- Mauvaise délimitation ....3 points
- Éventuellement, érythème cutané en regard ....3 points

Question 3
20 points

Quel bilan complémentaire prescrivez-vous ?

- Examens biologiques :
  - o hémogramme...2 points
  - o marqueurs de l'inflammation :
    - – vitesse de sédimentation ....1 point
    - – *C-reactive protein* (CRP) ....1 point
  - o sérologies virales :
    - – VIH ....1 point
    - – EBV ....1 point
    - – CMV ....1 point
- Intradermo-réaction ....2 points
- Examens radiologiques :
  - o radiographie thoracique face et profil ....3 points
  - o échographie cervicale..4 points
- Ponction cytologique échoguidée.......................................4 points

La patiente revient 4 jours après avec les résultats du bilan

Question 4
17 points

Commentez le cliché ci-dessous :

- Scanner cervical : ....3 points
  - o en coupe horizontale...1 point
  - o avec injection..2 points
  - o passant par la mandibule ....1 point
- Mise en évidence d'un processus latérocervical droit ....2 points
- De forme globalement ovale...2 points
- Située dans la zone III...2 points
- Prenant le contraste en périphérie : ....2 points
  - o avec une zone centrale hypodense................................2 points

Question 5
22 points

Une ponction cytologique conclue à la présence d'un adénocarcinome. Quelles sont les localisations tumorales cervicofaciales primitives théoriquement possibles ?

- Thyroïde (+++) ....5 points
- Parotide (+++)..5 points
- Ethmoïde...3 points
- Glande salivaire accessoire (muqueuse buccale)...............3 points
- Glande sous-maxillaire ....3 points

Question 6
22 points

L'échographie cervicale met en évidence 2 nodules infracentimétriques du lobe thyroïdien droit. En supposant qu'il s'agisse d'un carcinome papillaire, quel est le traitement à lui proposer ?

- Exérèse chirurgicale dans un premier temps :....................4 points
  - o thyroïdectomie totale :..4 points
    - – avec examen extemporané ....2 points
  - o évidement cervical sélectif bilatéral emportant les zones II, III, IV et VI ....4 points
  - o évidement récurrentiel bilatéral....................................4 points
- Traitement par iode radioactif en post-opératoire.............4 points

COMMENTAIRES

L'adénopathie cervicale est un mode de révélation fréquent de plusieurs types de cancers de la région cervicofaciale, en particulier ceux du rhinopharynx (= cavum), du sinus piriforme, de la loge amygdalienne, à un moindre niveau ceux de la thyroïde, de la parotide et du larynx.

Ne pas oublier les hémopathies malignes en particulier les lymphomes non hodgkiniens.

Le scanner cervical n'est à réaliser qu'en cas de suspicion forte d'adénopathie métastatique.

La ponction cytologique est de plus en plus effectuée. Elle n'est indiquée qu'en cas d'adénopathie chronique. Ses résultats dépendent beaucoup de l'expérience de celui qui la réalise.

La négativité du bilan initial autorise la poursuite des investigations à la recherche de causes plus rares : syphilis, maladie des griffes du chat, tularémie, maladie de Kawasaki...

Ne pas oublier, surtout chez l'enfant, la possibilité de kystes branchiaux congénitaux.

Dossier 14

Mme T, 49 ans, vient vous consulter pour un dysfonctionnement rhinosinusien chronique. En effet, elle se plaint depuis maintenant 1 an d'un écoulement sale dans la gorge associé à des mouchages fréquents surtout du côté droit et à une cacosmie. Aucun autre symptôme.

Aucun antécédent si ce n'est une hystérectomie pour fibromes multiples.

L'examen physique que vous réalisez montre un jetage postérieur, un œdème inflammatoire du cornet moyen droit et le signe pathognomonique d'une sinusite maxillaire.

Question 1 De quoi faut-il s'enquérir à l'interrogatoire ?

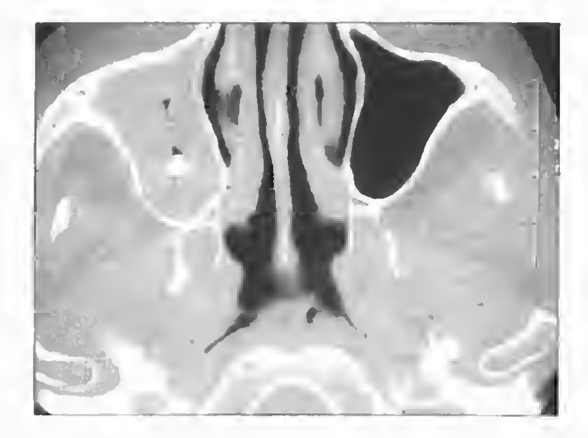
Question 2 Qu'est-ce qu'une cacosmie ?

Question 3 À quelles structures se rapporte le cornet moyen ?

Question 4 Quel est le signe pathognomonique d'une sinusite maxillaire ?

Question 5 Y a-t-il un bilan complémentaire à prévoir ? Si oui, lequel ? Si non, pourquoi ?

Question 6 Le médecin traitant avait déjà prescrit un scanner du massif facial. Commentez l'image ci-dessous.



Question 7 Quel est alors le diagnostic ?

Question 8 Quelle en est la cause probable ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

De quoi faut-il s'enquérir à l'interrogatoire ?

- État dentaire :
  - o soins dentaires récents...5 points
  - o douleurs des dents de l'hémi-arcade supérieure droite ....5 points

Question 2
10 points

Qu'est-ce qu'une cacosmie ?

- C'est la perception d'une odeur désagréable en rapport avec un stimulus approprié..10 points

Question 3
15 points

À quelles structures se rapporte le cornet moyen ?

- Le cornet moyen délimite en dedans le méat moyen :........5 points
  - o région de la fosse nasale où s'abouchent les sinus antérieurs (sinus maxillaire, frontal et ethmoïdal antérieur)..5 points
  - o en particulier, l'ostium du sinus maxillaire s'y jette directement ....5 points

Question 4
10 points

Quel est le signe pathognomonique d'une sinusite maxillaire ?

- Présence de pus au niveau du méat moyen......................10 points

Question 5
20 points

Y a-t-il un bilan complémentaire à prévoir ? Si oui, lequel ? Si non, pourquoi ?

- Oui : ....4 points
  - o scanner du massif facial ....4 points
  - o panoramique dentaire...4 points
  - o examen stomatologique ....4 points
  - o examen bactériologique du pus recueilli au niveau du méat moyen ....4 points

Question 6
20 points

Le médecin traitant avait déjà prescrit un scanner du massif facial. Commenter l'image ci-dessous.

- Coupe horizontale...5 points
- Opacité tissulaire d'allure polypoïde du sinus maxillaire droit...5 points
- Opacité de tonalité calcique au sein de l'opacité tissulaire...5 points
- Normalité du sinus maxillaire gauche ....5 points

Question 7
8 points

Quel est alors le diagnostic ?

- Sinusite maxillaire chronique droite ....8 points

Question 8
7 points

Quelle en est la cause probable ?

- Corps étranger d'origine dentaire.....................................7 points

COMMENTAIRES

Les sinusites chroniques se traduisent le plus souvent par des symptômes chroniques (rhinarrhée antérieure ou postérieure, obstruction nasale, dysosmies dont la cacosmie) dont il peut exister des exacerbations parfois aiguës.

On distingue les sinusites antérieures des sinusites postérieures en vertu des voies de drainage des différents sinus : méat moyen pour les sinus frontal, maxillaire et ethmaïdal antérieur, méat supérieur pour les sinus ethmoïdal postérieur et sphénoïdal.

Les sinusites maxilloires chroniques sont le plus souvent d'origine dentaire, parfois rhinogènes.

Il s'agit alors fréquemment d'un dépassement de pâte dentaire dans le sinus maxillaire sur laquelle vient se greffer un champignon (du genre Aspergillus) qui réalise une véritable truffe mycélienne.

Le traitement des accidents infectieux aigus rejoint celui d'une sinusite maxillaire aiguë. Le seul traitement qui vise à guérir le patient est la chirurgie (ouverture du sinus et extraction de la truffe aspergillaire).

Dossier 15

Vous revoyez en consultation Damien, 9 mois, chez qui vous avez prescrit il y a 48 h de l'amoxicilline-acide clavulanique à la dose de 80 mg/kg/j pour le traitement d'une otite moyenne aiguë purulente, la quatrième du genre en 3 mois.

Damien est toujours aussi ronchon et n'a plus l'appétit d'avant. Il accuse une fièvre de 38,3 °C, une rhinorrhée mucopurulente antérieure et un décollement du pavillon droit. L'examen otoscopique montre du côté gauche une inflammation tympanique et du côté droit le même aspect qu'il y a 48 h.

Question 1 Quels sont les signes otoscopiques d'une otite moyenne aiguë purulente ?

Question 2 Quel signe important devez-vous rechercher à la palpation ?

Question 3 En présence d'un tel signe, quel est votre diagnostic ? Quels sont les autres arguments ?

Question 4 Quel est le bilan complémentaire à prévoir ?

Question 5 Quelle antibiothérapie préconisez-vous dans l'immédiat ?

Question 6 Prévoyez-vous un traitement complémentaire ? Si oui, lequel ? Si non, pourquoi ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
11 points

Quels sont les signes otoscopiques d'une otite moyenne aiguë purulente ?

- Bombement globol de la membrone tymponique...............4 points
- Époississement de la membrone tymponique, infiltrée et opoque...3 points
- Otorrhée éventuelle..2 points
- Disporition du triongle lumineux..2 points

Question 2
18 points

Quel signe important devez-vous rechercher à la palpation ?

- Tuméfoction : ....6 points
  - o fluctuonte...6 points
  - o de lo peou rétro et/ou sus-ouriculoire ....6 points

Question 3
24 points

En présence d'un tel signe, quel est votre diagnostic ? Quels sont les autres arguments ?

- Diagnostic :
  - o mostoïdite ....4 points
  - o oiguë ....4 points
  - o extériorisée...4 points
- Arguments :
  - o otite moyenne oiguë récente/octuelle ....2 points
  - o mouvoise évolution (trouble du comportement, anorexie, aspect tymponique inchangé) ....2 points
  - o fièvre ....2 points
  - o décollement du pavillon ....2 points
  - o tuméfoction rétro-ouriculaire...2 points
  - o fluctuotion ....2 points

Question 4
14 points

Quel est le bilan complémentaire à prévoir ?

- Poracentèse : ....[0 ò lo question si oubli] 4 points
  - o avec prélèvement du pus...2 points
  - o pour analyse bactériologique ....2 points
- Numérotion Formule Songuine..2 points
- Dosoge de lo CRP ....2 points
- Sconner des rochers...2 points

Question 5
16 points

Quelle antibiothérapie préconisez-vous dans l'immédiat ?

- Antibiothérapie parentérale : ....5 points
  - o bactéricide..3 points
  - o initialement probabiliste ....3 points
  - o puis secondairement adaptée aux résultats bactériologiques...3 points
  - o à bonne diffusion osseuse ....2 points
- Par exemple :
  - o céphalosporine de 3e génération, type ceftriaxone (ROCÉPHINE®) à la dose de 50 mg/kg/j en 1 fois
  - o aminoside type gentamycine (GENTALLINE®) à la dose de 3 mg/kg/j sur 48 h pour améliorer la bactéricidie

Question 6
17 points

Prévoyez-vous un traitement complémentaire ? Si oui, lequel ? Si non, pourquoi ?

- Oui : ....3 points
  - o drainage chirurgical...6 points
  - o via une mastoïdectomie ....5 points
  - o puis mise en place d'une mèche permettant de réaliser des drainages..3 points

COMMENTAIRES

La mastoïdite est toujours la complication d'une otite moyenne aiguë passée parfois inaperçue. De ce fait, elle impose la réalisation d'une paracentèse à visée bactériologique.

La forme aiguë est devenue plus rare depuis l'avènement des antibiotiques mais continue à se voir régulièrement.

La fluctuation de la tuméfaction rétro-auriculaire signe le caractère extériorisé de la mastoïdite et impose un drainage chirurgical.

Le dosage de la CRP permet d'avoir un chiffre de référence pour le suivi.

Le scanner n'est pas systématique mais a l'avantage de rechercher une complication intracérébrale (thrombophlébite du sinus latéral, empyème sous-dural, abcès intracérébral).

Dossier 16

Jeffrey vous est amené en urgence pour une paralysie faciale gauche complète et totale apparue il y a 12 h. Il a 4 ans et ne présente aucun antécédent particulier. Son calendrier vaccinal est à jour. Aucun autre symptôme à signaler si ce n'est une anorexie depuis 48 h et une rhinopharyngite traitée par paracétamol et Josomycine par son pédiatre depuis 5 jours.

Ce dernier a fait effectuer un bilan biologique de débrouillage dont voici les résultats

- NFS
  - GR = 4,3 millions/mm^3
  - GB = 19 000/mm^3 dont 82 % de polynucléaires neutrophiles
  - Plaquettes = 333 000/mm^3
  - Hématocrite = 41 %
- CRP = 41 mg/l
- Ionogramme sanguin et bilan hépatique sans particularité

Question 1 Compte tenu des étiologies les plus fréquentes des paralysies faciales à cet âge, quels sont les éléments à préciser lors de l'interrogatoire ?

Question 2 Quelles informations vous apporte le bilan biologique ?

Question 3 Au vu des résultats biologiques, vers quoi orienter votre examen physique ?

Question 4 Quels sont les signes à rechercher pour déterminer l'origine périphérique de cette paralysie faciale ?

Question 5 En sachant que cette paralysie faciale est la complication d'une infection bactérienne très fréquente, quel est votre diagnostic ?

Question 6 Quel est alors le bilan complémentaire à effectuer ?

Question 7 Quel est le traitement à mettre en place ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
18 points

Compte tenu des étiologies les plus fréquentes des paralysies faciales à cet âge, quels sont les éléments à préciser lors de l'interrogatoire ?

- Signes auriculaires :..3 points
  - o otalgie...1 point
  - o hypoacousie...1 point
  - o otorrhée ....1 point
- Existence d'un traumatisme crânien...................................3 points
- Existence de signes en faveur d'une maladie de Lyme :.....3 points
  - o morsure de tique ....1 point
  - o érythème migrant..1 point
  - o arthralgies..1 point
- Existence d'une tuméfaction parotidienne ....3 points

Question 2
12 points

Quelles informations vous apporte le bilan biologique ?

- Existence d'un syndrome inflammatoire.............................4 points
- Existence d'une infection vraisemblablement bactérienne..4 points
- Absence d'argument en faveur d'une hémopathie ....4 points

Question 3
12 points

Au vu des résultats biologiques, vers quoi orienter votre examen physique ?

- Le bilan biologique oriente vers une infection bactérienne.
  L'examen physique doit donc comprendre :
  - o une prise de température à la recherche d'une fièvre .. 4 points
  - o une otoscopie à la recherche de signes en faveur d'une otite moyenne aiguë .....[0 à la question si oubli] 4 points
  - o un examen rachidien à la recherche de signes en faveur d'une méningite (signes de Brudzinski et de Kernig) .... 4 points

Question 4
18 points

Quels sont les signes à rechercher pour déterminer l'origine périphérique de cette paralysie faciale ?

- Absence de signe neurologique ....3 points
- Signe de Charles Bell ....3 points
- Signe des cils de Souques ....3 points
- Signe du peaucier de Babinski ....3 points
- Absence de dissociation automaticovolontaire de la contraction faciale..3 points
- Motricité faciale supérieure non conservée........................3 points

Question 5
10 points

En sachant que cette paralysie faciale est la complication d'une infection bactérienne très fréquente, quel est votre diagnostic ?

- Paralysie faciale otogène sur otite moyenne aiguë ....10 points

Question 6
12 points

Quel est alors le bilan complémentaire à effectuer ?

- Paracentèse : ....[0 à la question si oubli] 4 points
  - o pour prélèvement du pus rétrotympanique.....................2 points
  - o et analyse bactériologique : examen direct, cultures et antibiogramme ....2 points
- Test de Metz ou recherche du réflexe stapédien dont la présence est un argument de bon pronostic de la récupération faciale ....2 points
- Tests électriques (le test d'excitabilité de Hilger est le plus approprié pour un enfant) à répéter régulièrement (valeur pronostique) ....2 points

Question 7
18 points

Quel est le traitement à mettre en place ?

- Antibiothérapie :...3 points
  - o probabiliste ....1 point
  - o à spectre large...1 point
  - o parentérale ....1 point
  - o secondairement adaptée aux résultats de l'antibiogramme ....1 point
  - o une céphalosporine de 3e génération type ceftriaxone (ROCÉPHINE®) à la dose de 50 mg/kg/j paraît être un bon choix
- Paracétamol 60 mg/kg/j selon douleur ou/et fièvre ....2 points
- Corticothérapie à la dose initiale de 1 mg/kg/j puis par décroissance progressive sur 15 j à discuter................2 points
- Protection oculaire :...4 points
  - o larmes artificielles régulièrement instillées ....1 point
  - o pommade ophtalmique à la vitamine A..........................1 point
  - o occlusion palpébrale nocturne.......................................1 point

COMMENTAIRES

Les causes de paralysie faciale les plus fréquentes chez l'enfant sont :

- a frigore, = idiopathique,
- neurologiques centrales (tumeurs cérébrales, méningites),
- traumatiques (fractures du rocher),
- auriculaires (otite moyenne aiguë, cholestéatome),
- virales (oreillons +++),
- bactériennes (maladie de Lyme).

Devant toute paralysie faciale, la première question à se poser est de savoir si elle est centrale ou périphérique. L'examen physique donne pratiquement toujours la réponse.

Devant toute paralysie faciale périphérique, il faut s'enquérir de son importance en évaluant sa sévérité par un testing musculaire de Freyss (note de 0 à 30) ou par un grade de House et Brackmann (0 à 6). Une paralysie faciale complète est notée respectivement 0 (Freyss) et 6 (House et Brackmann).

Devant toute paralysie faciale périphérique, il est nécessaire de réaliser une otoscopie à la recherche d'une cause auriculaire.

La paracentèse est, dans le cadre d'une paralysie faciale otogène, obligatoire comme devant toute complication otitique.

Le diagnostic de localisation se passe ici des examens habituels (test de Shirmer, test de Blatt, test de Metz) puisque la cause est connue.

Les tests électriques apportent une valeur pronostique à la condition qu'ils soient réalisés de façon rigoureuse, répétée et bilatérale (le côté sain est supposé normal et sert de référence). Le test d'excitabilité de Hilger est le plus simple d'emploi et donc répétable facilement ce qui lui confère une bonne acceptabilité pour l'enfant.

La corticothérapie est discutable : elle semble accélérer le temps de récupération mais pas son pourcentage.

Le pronostic de la paralysie faciale est à l'œil. Ne jamais omettre sa protection.

Dossier 17

Mlle T., 19 ans, vous est adressée par son médecin généraliste pour une angine aigue ne cédant pas à un traitement antibiotique. L'histoire a commencé il y a 7 jours avec une odynophagie fébrile d'apparition progressive associée à une otalgie droite. Dès lors, l'alimentation orale est devenue problématique alors même qu'est apparue une asthénie intense. Son médecin lui a prescrit des antalgiques de niveau 1, des bains de bouche et de l'amoxicilline. En 24 h est apparue une éruption cutanée diffuse ayant fait porter le diagnostic d'allergie à la pénicilline. Elle a donc été mise sous érythromycine à la dose de 1g x 2 par jour depuis 4 jours. Elle se plaint toujours d'une odynophagie et d'une asthénie importante.

L'examen physique révèle un oropharynx globalement inflammatoire avec 2 volumineuses amygdales inflammatoires, érythémateuses et cryptiques. On note également une polyadénopathie cervicale inflammatoire. Le reste de l'examen ORL est sans particularité.

Question 1 D'après l'aspect oropharyngé, s'agit-il d'une angine bactérienne ou virale ?

Question 2 Quels signes physiques auraient pu vous orienter vers une origine virale ?

Question 3 Quelle est votre suspicion diagnostique ? Sur quels arguments ?

Question 4 Il existe une indication à réaliser des examens complémentaires. Quelle est-elle ?

Question 5 Quels examens complémentaires réalisez-vous ? Qu'en attendez-vous ?

Question 6 Le diagnostic suspecté est confirmé. Quel traitement instaurez-vous ?

Question 7 Doit-on redouter des complications à distance ? Si oui, lesquelles ? Sinon, pourquoi ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
8 points

D'après l'aspect oropharyngé, s'agit-il d'une angine bactérienne ou virale ?

- L'aspect oropharyngé ne permet jamais de présumer de l'origine bactérienne ou virale d'une angine.................8 points

Question 2
10 points

Quels signes physiques auraient pu vous orienter vers une origine virale ?

- Toux en faveur d'une rhinopharyngite associée.................3 points
- Rhinorrhée en faveur d'une rhinopharyngite associée.......3 points
- Splénomégalie en faveur d'une mononucléose infectieuse...4 points

Question 3
21 points

Quelle est votre suspicion diagnostique ? Sur quels arguments ?

- Mononucléose infectieuse sur les arguments suivants :.......8 points
  - o terrain : adulte jeune...2 points
  - o symptomatologie :
    - odynophagie..1 point
    - asthénie ....2 points
  - o signes d'examen :
    - angine ....2 points
    - adénopathies cervicales inflammatoires ....1 point
    - reste de l'examen ORL normal...................................1 point
  - o évolution :
    - éruption sous amoxicilline ....2 points
    - persistance sous 4 j d'antibiothérapie probabiliste ...2 points

Question 4
8 points

Il existe une indication à réaliser des examens complémentaires. Quelle est-elle ?

- Angine persistante malgré traitement antibiotique ....8 points

Question 5
24 points

Quels examens complémentaires réalisez-vous ? Qu'en attendez-vous ?

- NFS : ....4 points
  - o syndrome mononucléosique ....2 points
  - o hyperlymphocytose ....1 point
  - o thrombopénie...1 point
- Bilon hépotique : ....2 points
  - o ougmentation modérée des transominoses ....1 point
- MNI test : ....4 points
  - o recherche d'anticorps dirigés contre le virus ....2 points
- Dosage d'IgM anti-VCA : ....2 points
  - o en cos de MNI test négotif..1 point
- Prélèvements boctériologiques locoux : ....2 points
  - o pour éliminer toute boctérie résistonte ....2 points

Question 6
15 points

Le diagnostic suspecté est confirmé. Quel traitement instaurez-vous ?

- Troitement symptomotique :..5 points
  - o ontolgiques niveau 2 ....2 points
  - o ontipyrétiques ....2 points
  - o repos ou lit...2 points
  - o olimentotion moulinée ou liquide..2 points
  - o hydrototion ....2 points

Question 7
16 points

Doit-on redouter des complications à distance ? Si oui, lesquelles ? Sinon, pourquoi ?

- Oui ....2 points
- Complications :
- Sanguines : anémie hémolytique, purpuro thrombopénique, cryoglobulinémie, syndrome d'octivotion mocrophogique ....3 points
- Généroles : syndrome de fotigue chronique (fébricule, cépholées, myolgies, odynophogie, troubles visuels, troubles de lo concentrotion, irritobilité...) ....2 points
- Encépholiques : encépholite, méningite...............................2 points
- Spléniques : rupture de rote ....2 points
- Hépotiques : hépatite ....2 points
- Cardioques : myocardite...1 point
- Pulmonoires : pneumonie ....1 point
- Rénoles : néphrite ....1 point

COMMENTAIRES

La mononucléose infectieuse est une maladie fréquente correspondant à une primo-infection symptomatique au virus d'Epstein Barr, famille des herpès virus.

Le virus se transmet par la salive, exceptionnellement par transfusion sanguine.

80 % des adultes sont porteurs du virus, 20 % sont excréteurs asymptomatiques pouvant donc le transmettre.

La présentation habituelle est celle d'une angine pseudomembraneuse volontiers asthénique avec fébricule et adénopathies cervicales inflammatoires. L'aspect pseudomembraneux peut être précédé par un aspect érythémateux. Tout type d'angines peut néanmoins se voir.

L'enduit membraneux est grisâtre, non adhérent et respecte la luette ce qui l'oppose point par point à l'enduit diphtérique, autrement plus rare mais plus inquiétant également.

La splénomégalie est présente dans 1 cas sur 2.

L'éruption cutanée, intéressant plus particulièrement le tronc et la racine des membres, de nature maculopapuleuse, survenant après la prise d'ampicilline ou d'amoxicilline, est très évocatrice. Il s'agit d'une réaction spécifique due à l'infection et en aucun cas à une allergie. La pénicilline est ses dérivés ne sont donc pas contre-indiqués par la suite.

La sensibilité du MNI test est de 80 % en cas d'infection récente.

L'évolution est bonne en 2 à 3 semaines. Les complications sont rares.

Les corticoïdes ne trouvent leur indication que lors de certaines complications : anémie, hépatite notamment.

Dossier 18

Anissa, 11 ans, est adressée aux urgences par son pédiatre pour suspicion d'ethmoïdite aiguë. Sans antécédent particulier, elle présente depuis 8 jours une rhinorrhée fébrile qui ne se passe pas sous traitement symptomatique et céphalosporine de 3e génération orale depuis 5 jours. Elle se plaint de céphalées depuis 48 heures, mal systématisées par l'enfant. La rhinorrhée n'est pas franche et intéresse les 2 fosses nasales. Il existe une tuméfaction de l'angle interne de l'œil gauche, douloureuse à la palpation. La fièvre est à 39,4 °C.

Le pédiatre a prescrit un scanner du massif facial sans injection dont voici une des coupes



Question 1 S'agit-il vraiment d'une ethmoïdite ? Si oui, quels sont les arguments ? Si non, pourquoi ?

Question 2 Comment complétez-vous l'examen physique ?

Question 3 Quelles sont les autres causes de tuméfaction douloureuse de l'angle interne de l'œil ?

Question 4 Commentez le cliché tomodensitométrique.

Question 5 Quelle est votre attitude thérapeutique ?

Question 6 Sur quels éléments portez-vous votre surveillance ?

Au bout de 48 heures, Anissa est toujours fébrile alors même que sont apparus des signes oculo-orbitaires : œdème palpébral, exophtalmie douloureuse et immobilité du globe.

Question 7 Quels sont alors les 3 signes cliniques à rechercher ?

Question 8 En présence de ces signes, quel diagnostic supposez-vous ? Comment le confirmer ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
15 points

S'agit-il vraiment d'une ethmoïdite ? Si oui, quels sont les arguments ? Si non, pourquoi ?

- Oui : .... 2 points
- Terrain : enfant .... 2 points
- Symptomatologie :
  - o rhinorrhée.. 2 points
  - o céphalées.. 1 point
- Signes physiques :
  - o fièvre .... 2 points
  - o tuméfaction douloureuse de l'angle interne de l'œil....... 2 points
- Mauvaise évolution de la rhinopharyngite initiale malgré les antibiotiques.. 2 points
- Données de l'imagerie : opacité complète, unilatérale du labyrinthe ethmoïdal gauche.. 2 points

Question 2
14 points

Comment complétez-vous l'examen physique ?

- Recherche des signes de méningite ....[0 à la question si oubli] 4 points
- Nasofibroscopie à la recherche de pus au niveau du méat moyen :.. 3 points
  - o qui affirmerait le diagnostic clinique.. 1 point
  - o qui pourrait être prélevé pour diagnostic bactériologique.. 1 point
- Otoscopie .... 1 point
- Examen cutané de la face .... 1 point
- Examen dentaire.. 1 point
- Examen ophtalmologique.. 2 points

Question 3
14 points

Quelles sont les autres causes de tuméfaction douloureuse de l'angle interne de l'œil ?

- Affections oculaires :
  - o dacryocystite .... 2 points
  - o conjonctivite.. 2 points
- Affections cutanées :
  - o cellulite à point de départ cutané.. 2 points
  - o furoncle palpébral.. 2 points
  - o piqûre d'insecte .... 2 points
  - o érysipèle phlegmoneux .... 2 points
- Cellulite d'origine dentaire .... 2 points

Question 4
11 points

Commentez le cliché tomodensitométrique.

- Scanner du massif facial ....2 points
- Sans injection ....1 point
- Coupe horizontale ....1 point
- Opacité complète du labyrinthe ethmoïdal gauche ....3 points
- Transparence normale des autres sinus visibles....................2 points
- Contenu orbitaire sans particularité ....2 points

Question 5
19 points

Quelle est votre attitude thérapeutique ?

- Hospitalisation en urgence ....2 points
- Voie d'abord veineuse avec garde veine....................1 point
- Double antibiothérapie :....................4 points
  - o parentérale....................2 points
  - o à large spectre initialement....................1 point
  - o éventuellement adaptée aux résultats des prélèvements bactériologiques....................1 point
- On préconise :
  - o une C3G type cefotaxime (100 à 200 mg/kg/j)....................2 points
  - o fosfomycine (100 à 200 mg/kg/j) ....2 points
  - o +/- un aminoside pour améliorer la bactéricidie ....1 point
- Traitement antalgique/antipyrétique....................1 point
- Surveillance clinique....................2 points

Question 6
12 points

Sur quels éléments portez-vous votre surveillance ?

- Clinique (+++) :....................2 points
  - o température ....1 point
  - o douleurs (oculaires, crâniennes) ....1 point
  - o signes oculaires : ....2 points
    - exophtalmie et son caractère réductible....................1 point
    - mobilité du globe oculaire ....1 point
    - acuité visuelle....................1 point
    - réflexes photomoteurs....................1 point
- Radiologique si aggravation clinique avec scanner du massif facial....................2 points

Au bout de 48 heures, Anissa est toujours fébrile alors même que sont apparus des signes oculo-orbitaires : œdème palpébral, exophtalmie douloureuse et immobilité du globe.

Question 7
9 points

Quels sont alors les 3 signes cliniques à rechercher ?

- Acuité visuelle .... 3 points
- Réductibilité du globe .... 3 points
- Réflexes photomoteurs .... 3 points

Question 8
7 points

En présence de ces signes, quel diagnostic supposez-vous ? Comment le confirmer ?

- Diagnostic suspecté : abcès intra-orbitaire .... 4 points
- C'est le scanner du massif facial avec injection qui confirmera le diagnostic .... 3 points

COMMENTAIRES

L'ethmoïdite aiguë est une complication sinusienne d'une rhinopharyngite, relativement rare mais potentiellement dangereuse du fait de la diffusion de l'inflammation dans l'orbite, l'étage antérieur de la base du crâne et l'encéphale.

Ce cas illustre la présentation d'une ethmoïdite non extériorisée, passant volontiers inaperçue avant le stade extériorisé, plus bruyant.

Toute suspicion d'ethmoïdite extériorisée impose la réalisation d'un scanner du massif facial sans et avec injection à la recherche d'une collection orbitaire.

L'existence de céphalées dans un contexte fébrile doit faire suspecter le diagnostic de méningite.

L'intensification du traitement antibiotique est nécessaire devant la mauvaise évolution de l'infection. Au mieux, celui-ci sera guidé par les résultats d'un prélèvement de pus au niveau du méat moyen.

La surveillance clinique est impérative et se doit d'être rapprochée.

L'aggravation clinique (majoration des signes oculopalpébraux malgré le traitement antibiotique) trahit un échappement au traitement médical. Elle impose la réalisation d'un scanner du massif facial sans et avec injection à la recherche d'un abcès dont le traitement est automatiquement chirurgical.

Dossier 19

Mr Y., 21 ans, est arrivé il y a 6 heures par SAMU, victime d'un accident de circulation en vélo. Aucun antécédent si ce n'est une allergie connue aux pénicillines.

Arrivé dans le coma avec un score de Glasgow à 7, il est actuellement intubé et ventilé. Son bilan lésionnel fait pour l'instant état :

- d'une rupture de rate pour laquelle il a été opéré,
- d'une fracture ouverte du genou gauche opérée également,
- d'une hémorragie intracérébrale avec inondation ventriculaire associée à une fracture non déplacée de l'écaille temporale gauche,
- d'une fracture du malaire gauche.

L'interne d'ORL a été appelé devant l'existence d'une otorragie gauche qui ne se tarit pas. L'examen otoscopique, après aspiration du sang, montre une plaie de la paroi antérieure du conduit associée à une perforation subtotale du tympan.

Question 1 Quelles sont les origines possibles de cette otorragie post-traumatique ?

Question 2 Que comporte, à ce stade du bilan, votre examen clinique ?

Question 3 Le reste de votre examen est sans particularité. Poursuivez-vous par des examens complémentaires ? Si oui, lesquels ? Sinon, pourquoi ?

Question 4 Finalement, il s'agit d'une fracture longitudinale du rocher associée à une fracture du tympanal. Est-ce une surprise ? Pourquoi ?

Question 5 Quel est le risque fonctionnel de ce genre de fracture ?

Question 6 Quels sont alors les examens complémentaires à prévoir dès que le patient sera vigile ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
18 points

Quelles sont les origines possibles de cette otorragie post-traumatique ?

- Plaie du conduit .... 3 points
- Fracture du tympanal .... 3 points
- Déchirure tympanique .... 3 points
- Hémotympan extériorisé .... 3 points
- Fracture du rocher .... 3 points
- Blessure vasculaire (veine jugulaire interne, artère carotide interne) .... 3 points

Question 2
18 points

Que comporte, à ce stade du bilan, votre examen clinique ?

- Manœuvre de Pierre Marie et Foix : .... 8 points
  - o à la recherche d'une paralysie faciale .... 4 points
- Recherche d'une otoliquorrhée .... 6 points

Question 3
22 points

Le reste de votre examen est sans particularité. Poursuivez-vous par des examens complémentaires ? Si oui, lesquels ? Sinon, pourquoi ?

- Oui : .... 5 points
- Scanner du rocher : .... 6 points
  - o sans injection .... 1 point
  - o fenêtre osseuse .... 1 point
  - o coupes millimétriques .... 1 point
  - o à la recherche :
    - – d'une fracture .... 5 points
    - – et de ses dégâts potentiels (fracture ou disjonction ossiculaire, solution de continuité translabyrinthique) .... 3 points

Question 4
19 points

Finalement, il s'agit d'une fracture longitudinale du rocher associée à une fracture du tympanal. Est-ce une surprise ? Pourquoi ?

- Non car plusieurs arguments en faveur d'une telle lésion : .... 5 points
  - o argument de fréquence (75 % des fractures du rocher) .... 3 points
  - o point d'impact (latéral +++) .... 3 points
  - o otorragie .... 3 points
  - o lésion du nerf facial peu fréquente (20 %) .... 3 points
  - o brèche dure-mérienne peu fréquente .... 2 points

Question 5
12 points

Quel est le risque fonctionnel de ce genre de fracture ?

- Atteinte de l'audition : ....6 points
  - par surdité de transmission ....6 points

Question 6
11 points

Quels sont alors les examens complémentaires à prévoir dès que le patient sera vigile ?

- Audiogramme tonal...6 points
- Impédancemétrie :..3 points
  - tympanogramme...1 point
  - test de Metz...1 point

COMMENTAIRES

Les fractures du rocher passent volontiers inaperçues car elles surviennent suite à un traumatisme violent chez un patient comateux (du fait des lésions cérébrales associées) chez qui l'examen clinique est nécessairement limité.

Le pronostic est avant tout fonctionnel, contrairement aux lésions associées potentiellement létales.

Ne pas oublier les risques de brèche dure-mériennes.

Les fractures longitudinales sont 3 fois plus fréquentes que les fractures transversales. Les lésions intéressent surtout l'oreille moyenne (hémotympan, dégâts ossiculaires).

La constatation d'une paralysie faciale doit faire rechercher sa date d'apparition par rapport au traumatisme. Son installation immédiate plaide en faveur d'une lésion directe (section, étirement, compression) et est une indication à une exploration chirurgicale.

Le pronostic fonctionnel auditif dépend du type de surdité et donc du mécanisme lésionnel : une surdité de perception par fracture labyrinthique est en général définitive, une surdité de transmission par fracture ossiculaire peut être améliorée.

Dossier 20

Le petit Jérémy, 3 ans, vous est amené par ses parents affolés par ce qui s'est passé récemment alors qu'il était en train de jouer bien sagement avec ses jouets dans le salon, il a subitement poussé un drôle de cri en même temps qu'il devenait tout bleu et qu'il s'est arrêté de respirer pendant quelques secondes avant de reprendre une respiration saccadée par une toux importante

Au moment où vous voyez l'enfant, celui-ci est parfaitement calme et complètement asymptomatique. L'examen laryngé au nasofibroscope, bien que mal toléré, est sans particularité. L'examen neurologique et pulmonaire est sans particularité. Jérémy est par ailleurs apyrétique Les parents semblent rassurés et prêts à repartir

---

Question 1 Quel examen paraclinique est de toute façon nécessaire à réaliser ?

Question 2 Quels sont les signes à rechercher dans ce contexte ?

Question 3 Quelle est votre attitude en cas de normalité ?

Question 4 L'examen réalisé montre plusieurs anomalies attendues. Que préconisez-vous ?

Question 5 Que dites-vous alors aux parents ?

Question 6 Une fois le geste effectué, quelles sont les précautions d'usage à prendre ?

Question 7 Quelles sont les complications possibles à long terme si le diagnostic n'avait pas été fait ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
12 points

Quel examen paraclinique est de toute façon nécessaire à réaliser ?

- Radiographie thoracique : ....5 points
  - o face : ....2 points
    - – en inspiration et expiration ....3 points
  - o profil ....2 points

Question 2
24 points

Quels sont les signes à rechercher dans ce contexte ?

- Signe direct : visualisation du corps étranger radio opaque dans les voies aériennes inférieures (10 à 20 % des cas) ....4 points
- Signes indirects :
  - o signes d'emphysème localisé : ....4 points
    - – élargissement des espaces intercostaux ....2 points
    - – hyperclarté pulmonaire par rapport au côté sain .....2 points
  - o signes d'atélectasie pulmonaire : ....4 points
    - – opacité dense, rétractile, homogène et systématisée sans bronchogramme aérien ....3 points
    - – déviation trachéale ....1 point
- Normalité radiologique dans 40 à 70 % des cas.............4 points

Question 3
8 points

Quelle est votre attitude en cas de normalité ?

- L'existence d'un syndrome de pénétration relevé à l'interrogatoire impose la réalisation d'une endoscopie trachéobronchique quel que soit le résultat de la radiographie thoracique ....8 points

Question 4
10 points

L'examen réalisé montre plusieurs anomalies attendues. Que préconisez-vous ?

- Hospitalisation en urgence ....2 points
- Laisser à jeun...2 points
- Consultation d'anesthésie ....2 points
- Prévoir rapidement une endoscopie trachéobronchique pour :
  - o exploration de l'arbre respiratoire ....2 points
  - o extraction du corps étranger ....2 points

Question 5
21 points

Que dites-vous alors aux parents ?

- Forte suspicion de corps étranger dans les bronches.........2 points
- Informer des risques de laisser le corps étranger où il se trouve :..........3 points
  - o mobilisation au niveau laryngé et risque d'asphyxie aiguë et donc de mort..........1 point
  - o complications à long terme..........1 point
  - o difficulté d'extraction en cas de sursis à l'intervention.....1 point
- Nécessité d'aller voir les bronches pour être certain du diagnostic et d'effectuer l'extraction..........2 points
- Nécessité de l'hospitaliser pour réaliser ce geste sous anesthésie générale..........2 points
- Informer des risques du geste :..........3 points
  - o risques anesthésiques..........1 point
  - o complications per-opératoires :
    - pneumothorax..........1 point
    - blessure bronchique, trachéale, laryngée..........1 point
    - impossibilité d'extraction nécessitant alors une thoracotomie..........1 point
  - o complications post-opératoires :
    - bronchite..........1 point
    - pneumopathie..........1 point

Question 6
11 points

Une fois le geste effectué, quelles sont les précautions d'usage à prendre ?

- Exploration des voies aériennes d'aval après extraction pour vérifier leur vacuité..........3 points
- Vérifier la saturation après le réveil..........3 points
- Radiographie thoracique systématique..........3 points
- Discuter un traitement antibiotique et anti-inflammatoire selon les données endoscopiques..........2 points

Question 7
12 points

Quelles sont les complications possibles à long terme si le diagnostic n'avait pas été fait ?

- Pneumopathie traînante..........2 points
- Infections bronchiques à répétition..........2 points
- Abcès pulmonaire..........2 points
- Bronchectasie/dilatation des bronches..........2 points
- Bronchopneumopathie chronique obstructive..........2 points
- Insuffisance respiratoire chronique du fait d'une pneumonectomie..........2 points

COMMENTAIRES

L'inhalation d'un corps étranger se produit le plus souvent entre 1 et 6 ans avec un pic de fréquence à 2 - 3 ans. Le sexe masculin est prédominant.

La cacahuète est de loin la plus fréquente (50 à 70 % des cas).

L'interrogatoire se doit de retrouver un syndrome de pénétration, souvent atypique dont le caractère soudain et sans raison apparente est le plus caractéristique.

L'examen physique et radiologique est régulièrement pris en défaut. D'où la nécessité de retrouver le syndrome de pénétration.

Les 2 manifestations pulmonaires les plus typiques mais finalement assez rares sont l'emphysème localisé et l'atélectasie. L'emphysème est une distension plus ou moins localisée d'un champ pulmonaire par effet de trapping (emprisonnement de l'air inspiré par collapsus expiratoire), l'atélectasie est le collapsus d'un lobe ou d'un champ pulmonaire du fait d'une absorption d'air par la muqueuse en conséquence de l'obstruction bronchique.

L'information aux parents est primordiale, notamment pour leur faire comprendre la nécessité d'aller voir quitte à ne rien trouver. L'endoscopie systématique n'est tout de même pas une solution.

L'endoscopie trachéobronchique sur un petit organisme potentiellement instable est parfois risquée et nécessite une coopération ORL - anesthésiste de tous les instants.

La prévention secondaire est importante, à défaut d'être primaire.

Dossier 21

Mr Y, 69 ans, vient vous consulter pour son oreille droite fort douloureuse. Il a été opéré il y a 4 jours d'un carcinome épidermoïde de l'auricule et depuis 2 jours sont apparues des douleurs progressivement croissantes, devenues insomniantes et résistantes au traitement anti-inflammatoire donné par son chirurgien. Il a par ailleurs plusieurs antécédents notoires :

- un diabète non-insulinodépendant depuis 12 ans traité par sulfamides hypoglycémiants,
- une œsophagite traitée par oméprazole,
- une coronaropathie suivie et traitée par inhibiteurs calciques et aspirine (150 mg/j).

L'examen physique de Mr Y objective un auricule droit tuméfié, rouge violacé et extrêmement douloureux à la palpation, sans collection. Le lobe apparaît normal. La cicatrice est belle. Il existe par ailleurs une tuméfaction de la région parotidienne d'allure inflammatoire et une température à 38,9 °C.

Question 1 Quels sont les facteurs de risque d'un carcinome épidermoïde cutané ?

Question 2 Quelles sont les fautes médicales effectuées par le chirurgien ?

Question 3 Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments ?

Question 4 Quels sont les diagnostics différentiels ?

Question 5 À quoi peut correspondre la tuméfaction de la région parotidienne ?

Question 6 Quels sont les examens complémentaires à réaliser ?

Question 7 Quel est le traitement à instaurer ?

Question 8 Quel est le risque de cette affection ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
12 points

Quels sont les facteurs de risque d'un carcinome épidermoïde cutané ?

- Exposition solaire ....2 points
- Âge avancé ....2 points
- Immunodépression..2 points
- Existence d'une lésion précancéreuse (maladie de Bowen, kératose actinique) ....2 points
- Microtraumatismes répétés..2 points
- Exposition à certains toxiques (goudrons, arsenic) ....2 points

Question 2
15 points

Quelles sont les fautes médicales effectuées par le chirurgien ?

- Prescription d'un AINS : ....3 points
  - o sur un antécédent d'œsophagite....................................1 point
  - o associée à la prescription d'aspirine...............................1 point
  - o augmentant le risque hémorragique sur une chirurgie récente ....1 point
  - o augmentant le risque d'infection chez un diabétique.......1 point
- La continuité de prescription de l'aspirine malgré un geste chirurgical...2 points
- Absence d'antalgiques purs..2 points
- Absence d'antibiothérapie de couverture chez un diabétique...2 points
- Le non recours de l'insulinothérapie pour une période de stress chirurgical...2 points

Question 3
16 points

Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments ?

- Périchondrite auriculaire bactérienne
- Terrain +++ :
  - o immunodépression :
    - DNID...1 point
    - âge ....1 point
  - o chirurgie auriculaire récente..2 points
  - o AINS favorisant les infections..2 points
  - o absence d'antibiothérapie de couverture.........................1 point
  - o risques hémorragiques (aspirine non arrêtée + AINS) favorisant un othématome ....1 point
- Symptômes :
  - o otalgie intense ....2 points
  - o absence d'autres signes auriculaires...............................1 point
- Données physiques :
  - o aspect de l'auricule..2 points
  - o lobe préservé (absence de cartilage).............................1 point
  - o fièvre..1 point
  - o adénopathie inflammatoire parotidienne.........................1 point

Question 4
10 points

Quels sont les diagnostics différentiels ?

- Othématome surinfecté (souvent collecté)..........................4 points
- Polychondrite chronique atrophiante en poussée...............4 points
- Chondrodermatite nodulaire hélicéenne de Winkler..........2 points

Question 5
6 points

À quoi peut correspondre la tuméfaction de la région parotidienne ?

- 3 causes possibles :
  - o adénite réactionnelle à l'infection.....................................2 points
  - o métastase ganglionnaire du carcinome............................2 points
  - o parotidite bactérienne ....2 points

Question 6
4 points

Quels sont les examens complémentaires à réaliser ?

- Aucun ....4 points

Question 7
28 points

Quel est le traitement à instaurer ?

- Urgence médicale..1 point
- Hospitalisation..1 point
- Arrêt :
  - o des sulfamides..1 point
  - o des AINS..1 point
  - o et de l'aspirine..1 point
- Traitement :
  - o antibiotique..2 points
  - o bactéricide..1 point
  - o parentéral..1 point
  - o double..1 point
  - o probabiliste..1 point
  - o à bonne diffusion tissulaire..1 point
  - o actif contre les germes incriminés (*S. aureus, P. aeruginosa*)..2 points
  - o on associera par exemple l'acide fusidique (1,5 g/j) à la ceftazidime (3 g/j)
- Traitement antipyrétique : paracétamol (3 g/j)..1 point
- Traitement antalgique niveau 3 : morphine orale ou sous-cutanée..1 point
- Traitement local : pansements antiseptiques pluriquotidiens..2 points
- Équilibration des glycémies :..2 points
  - o régime..1 point
  - o + insulinothérapie..1 point
- Traitement anticoagulant préventif..1 point
- Surveillance biquotidienne :..2 points
  - o température..1 point
  - o collection auriculaire imposant son drainage..2 points

Question 8
5 points

Quel est le risque de cette affection ?

- Nécrose septique du cartilage auriculaire avec ses séquelles esthétiques..5 points

COMMENTAIRES

Exemple de dossier dit transversal : carcinome cutané, périchondrite bactérienne, mauvaises prescriptions médicamenteuses, polypathologies...

La périchondrite auriculaire est la complication d'une affection de l'auricule : traitement chirurgical, plaie, brûlure, piercing... Elle peut être favorisée par les mêmes facteurs que ceux favorisant les infections.

Les diagnostics différentiels sont en fait rares. L'othématome mime le tableau mais on retrouve un antécédent de traumatisme et il existe une collection, la polychondrite chronique atrophiante touche les 2 oreilles et d'autres cartilages, la chondrodermatite nodulaire hélicéenne de Winkler est exceptionnelle, survenant sur des sujets masculins et âgés.

Le traitement est une urgence, surtout sur terrain déprimé. Le traitement antibiotique se doit d'être massif d'emblée pour éviter la nécrose du cartilage.

Dossier 22

Mme B., 73 ans, est adressée aux urgences par SOS médecins, pour un vertige important avec nausées et vomissements. Elle a comme antécédent un cancer du poumon traité il y a 3 ans par chimioradiothérapie, une artérite des membres inférieurs et un anévrisme de l'aorte abdominale opéré il y a 6 mois.

Le début des troubles a commencé il y a 24 heures, au lever, avec un vertige rotatoire important associé à des nausées et des vomissements ayant duré toute la journée. C'est la première crise de vertige de sa vie.

Par ailleurs, sa fille qui l'accompagne note que sa voix a un peu changé, avec apparition d'une toux lorsqu'elle a essayé de boire par moments hier. Aucun signe auditif ; aucune céphalée.

L'examen physique note, sous lunettes de Frenzel, un nystagmus d'allure périphérique, battant du côté gauche. L'examen neurologique, succinct, montre une anesthésie à la douleur sur l'hémicorps gauche et sur l'hémiface droite, un ptosis droit et un myosis droit. Aucun déficit moteur. L'examen du larynx montre une paralysie du pli vocal droit associée une stase salivaire dans le récessus piriforme homolatéral. Station debout impossible. Apyrétique. TA 150/70.

Question 1 Que manque-t-il dans l'examen physique ?

Question 2 Quelles sont les caractéristiques d'un nystagmus d'allure périphérique ?

Question 3 S'agit-il d'un vertige d'origine périphérique ou d'origine centrale ? Pourquoi ?

Question 4 Quel est votre diagnostic ?

Question 5 Quel est le mécanisme lésionnel ?

Question 6 À quoi sont dus les vertiges ?

Question 7 Quels sont les examens complémentaires à faire rapidement ?

Question 8 Quel traitement proposez-vous ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
19 points

Que manque-t-il dans l'examen physique ?

- Examen otoscopique : ....3 points
  - o à lo recherche d'une onomalie de l'oreille moyenne......2 points
- Exomen de l'orophorynx à la recherche de signes de porolysie des nerfs glossophoryngien et vogue (IX et X^e port) : ....3 points
  - o porolysie d'un hémivoile du polois ....2 points
  - o porolysie des muscles constricteurs du phorynx : signe du rideou..2 points
- Recherche d'un syndrome cérébelleux cinétique :..............3 points
  - o épreuve nez – index..2 points
  - o épreuve des morionnettes...2 points

Question 2
12 points

Quelles sont les caractéristiques d'un nystagmus d'allure périphérique ?

- Horizontorototoire..3 points
- Unidirectionnel ....3 points
- Diminué ou inhibé por la fixotion oculoire ....3 points
- D'outont plus intense que le regord est porté du côté de lo secousse ropide (Loi d'Alexander) ....3 points

Question 3
10 points

S'agit-il d'un vertige d'origine périphérique ou d'origine centrale ? Pourquoi ?

- Il s'ogit d'un vertige d'origine centrale cor :
  - o présence de signes neurologiques.................................4 points
  - o obsence de signes ouditifs...4 points
  - o lo présence d'un nystogmus d'ollure périphérique est trompeuse ....2 points

Question 4
6 points

Quel est votre diagnostic ?

- Syndrome de Wollenberg, coté droit ....6 points

Question 5
9 points

Quel est le mécanisme lésionnel ?

- Ischémie oiguë :..3 points
  - o de la région rétro-olivoire du bulbe...............................3 points
  - o por occlusion de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure ....3 points

Question 6
6 points

À quoi sont dus les vertiges ?

- Les vertiges sont dus à une atteinte ischémique des noyaux vestibulaires situés dans le pont ....6 points

Question 7
24 points

Quels sont les examens complémentaires à faire rapidement ?

- À visée étiologique :
  - o IRM cérébrale : ....4 points
    - en urgence pour prouver le diagnostic......................3 points
  - o échographie-doppler des troncs supra-aortiques à la recherche de plaques d'athérosclérose vertébrale : angio-IRM à discuter ....4 points
  - o échographie cardiaque à la recherche de troubles valvulaires ....3 points
  - o ECG à la recherche de troubles du rythme ....3 points
- À la recherche de complications :
  - o déshydratation :
    - ionogramme sanguin avec créatininémie ....3 points
    - numération – formule sanguine................................2 points
  - o pneumopathie d'inhalation :
    - radiographie du thorax (F + P) ....2 points

Question 8
14 points

Quel traitement proposez-vous ?

- Hospitalisation en urgence :
  - o voie d'abord veineuse ....2 points
  - o rééquilibration hydro-électrique si besoin.......................2 points
  - o antivertigineux type acétyl D leucine.............................2 points
  - o anti-émétique type dompéridone....................................2 points
  - o discuter un anxiolytique..2 points
  - o traitement de l'infarctus par anticoagulant ....2 points
  - o traitement de la cause éventuelle ....2 points

COMMENTAIRES

Le syndrome de Wallenberg est la seule cause neurologique de vertiges d'allure périphérique et de ce fait est très trompeur.

Le vertige est volontiers intense et est souvent le seul symptôme initial. L'enrichissement symptomatique provient de l'importance des lésions qui peuvent se compléter en plusieurs heures.

L'association vertige - dysphonie est évocatrice.

Les troubles de la déglutition sont un des éléments du pronostic.

Le pronostic de la lésion est relativement bon. C'est celui du terrain associé qui prévaut (lésions polyvasculaires +++).

Dossier 23

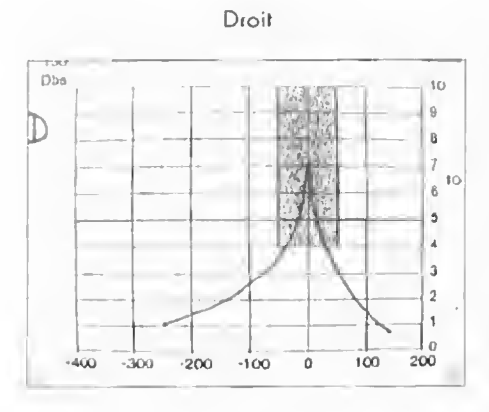
Mr P., 73 ans, sans antécédent particulier vient vous consulter, accompagné de son fils, car il est devenu sourd. Non qu'il s'en plaigne mais la communication devient difficile lors de réunions familiales et c'est donc son fils qui l'a amené à consulter.

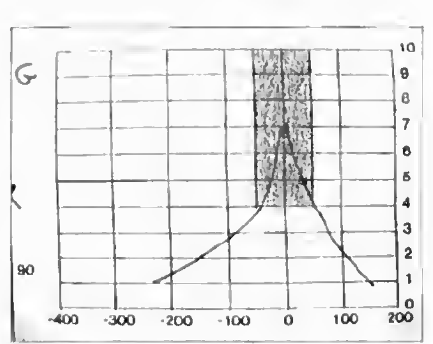
Les troubles auditifs sont apparus il y a environ 10 ans avec, semble-t-il initialement, une gêne auditive plus marquée à gauche. Puis, l'audition s'est lentement dégradée, sournoisement, pour aboutir à ce handicap social. En l'interrogeant, on se rend compte qu'il se plaint également de sifflements de la même oreille depuis plus récemment. Il n'a jamais eu de crises vertigineuses mais se sent parfois un peu déséquilibré, notamment dans l'obscurité, la nuit, lorsqu'il va aux toilettes.

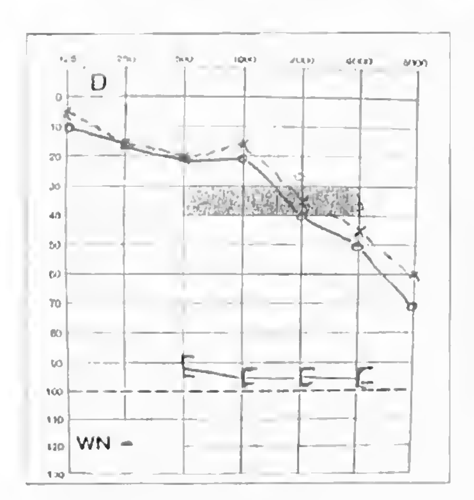
L'otoscopie met en évidence 2 bouchons de cérumen, retirés sans effort ce qui ne semble pas améliorer l'audition de Mr P. L'épreuve de Weber est latéralisée du côté droit alors que celle de Rinne est positive de chaque côté. Aucune oreille n'entend le tic-tac de la montre. Le Head Shaking Test est positif avec un nystagmus horizontorotatoire battant à droite, il existe une déviation des index vers la gauche.

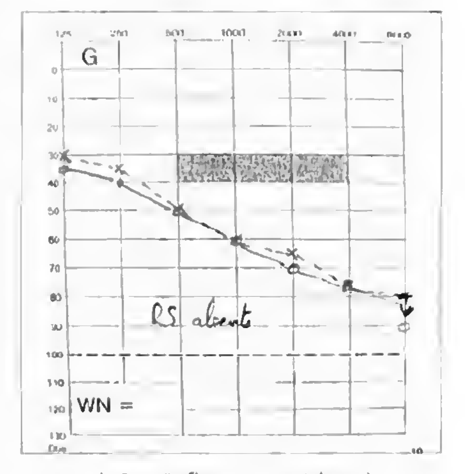
Vous effectuez une impédancemétrie complète et un audiogramme tonal et vocal.

Droit | Gauche

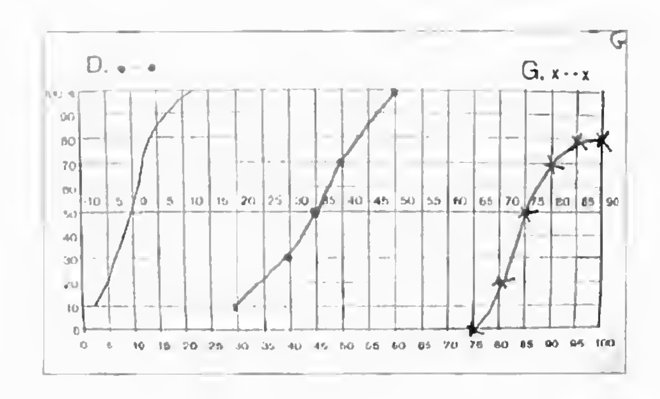








(RS = Réflexes stapédiens)



Question 1 Quelles conclusions tirez-vous de l'examen clinique présenté ?

Question 2 Que manque-t-il dans l'examen clinique de ce patient ?

Question 3 Analysez les données des examens complémentaires.

Question 4 Quels sont les arguments en faveur d'une presbyacousie ?

Question 5 Par quels moyens faut-il pousser plus loin les investigations ?

Question 6 Quelle pathologie recherchez-vous plus particulièrement ?

Question 7 Quels sont les arguments en faveur ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
15 points

Quelles conclusions tirez-vous de l'examen clinique présenté ?

- Surdité de perception ....3 points
- Bilatérale ....3 points
- Plus importante à gauche qu'à droite ....3 points
- Déficit vestibulaire périphérique gauche ....3 points
- Compensé...3 points

Question 2
11 points

Que manque-t-il dans l'examen clinique de ce patient ?

- Interrogatoire :
  - o existence de céphalées...2 points
  - o existence :
    - d'une dysphonie...1 point
    - ou d'une dysphagie ....1 point
- Examen physique :
  - o recherche d'une atteinte du nerf trijumeau :
    - sensibilité de la face ....1 point
    - présence du réflexe cornéen ....2 points
  - o recherche d'une atteinte du nerf facial : motricité de la face ....1 point
  - o recherche d'une atteinte des nerfs mixtes :
    - motricité pharyngée..1 point
    - motricité laryngée...1 point
    - motricité du muscle trapèze et sternocléidomastoïdien ....1 point

Question 3
14 points

Analysez les données des examens complémentaires.

- Impédancemétrie
  - o tympanogramme normal...1 point
  - o abolition des réflexes stapédiens du côté gauche = absence de recrutement ....2 points
- Audiogramme tonal :
  - o surdité de perception pure ....2 points
  - o bilatérale...1 point
  - o plus importante à gauche qu'à droite ....2 points
  - o descendante sur les aigus ....1 point
- Audiogramme vocal
  - o altération de l'intelligibilité bilatérale : ....2 points
    - plus importante à gauche qu'à droite.........................1 point
  - o à gauche, le seuil d'intelligibilité est nettement plus abaissé que ne l'auraient laissé supposer les courbes de l'audiogramme tonal..............................2 points

Question 4
7 points

Quels sont les arguments en faveur d'une presbyacousie ?

- Terrain
  a âge ....2 points
- Caractéristiques de la surdité :
  a bilatérale..1 paint
  a de perceptian...1 paint
  a aggravatian pragressive ....1 paint
  a gênant plus l'entaurage que le sujet ....1 paint
- Examens paracliniques :
  a normalité du tympanagramme..1 paint

Question 5
19 points

Par quels moyens faut-il pousser plus loin les investigations ?

- Examen vestibulaire calarique calibré................................5 points
- Patentiels Évaqués Auditifs ....5 points
- IRM cérébrale : ....5 points
  a centrée sur les méats acoustiques internes ....2 paints
  a sans et avec injectian de gadalinium..................................2 paints

Question 6
14 points

Quelle pathologie recherchez-vous plus particulièrement ?

- Neuriname de l'acoustique gauche :.................................8 paints
  a au taute autre pathalagie rétracachléaire
  du même côté ....6 paints

Question 7
22 points

Quels sont les arguments en faveur ?

- Symptamatalagie :
  a surdité d'aggravatian progressive ....2 paints
  o acauphènes intermittents ipsilatéraux..................................2 paints
  a traubles de l'équilibre dans l'abscurité ....2 paints
  o absence de vertige ....2 paints
- Examen physique :
  a narmalité tympanique..2 paints
  a dannées de l'acoumétrie (surdité de perception
  asymétrique)..2 paints
  o déficit vestibulaire périphérique ipsilatérale
  à la surdité, campensé...3 paints
- Examens paracliniques :
  a surdité de perceptian pure asymétrique ....2 paints
  a atteinte de l'intelligibilité plus impartante que ne
  laissent suppaser les caurbes d'audiagramme tanal ......2 paints
  a absence de recrutement ....2 paints
  a narmalité du tympanagramme..1 point

COMMENTAIRES

L'intérêt de ce dossier est le suivant : ne pas mésestimer une surdité asymétrique et donc de l'attribuer à une presbyacousie. Celle-ci obéit à des règles diagnostiques précises.

L'autre intérêt est de pointer l'analyse d'un audiogramme et celle d'une impédancemétrie.

Le neurinome de l'acoustique se caractérise essentiellement par un déficit cochléovestibulaire unilatéral et une croissance très lente. Les signes associés dépendent de la taille de la tumeur.

La rareté de ce genre de tumeur ne doit pas faire aublier son existence patentielle devant toute surdité de perception unilatérale qui n'a pas fait la preuve de son origine.

Dossier 24

Mr A., 65 ans, vous est adressé par un service de soins pour avis sur une tuméfaction rétro auriculaire gauche. Il bénéficie depuis 2 mois de pansements sur cette lésion qui semble évoluer dans le mauvais sens.

Dans ses antécédents, on note des troubles du rythme cardiaque ayant nécessité il y a 6 mois la pose d'un pace maker et l'existence d'une hypertension artérielle traitée par amlodipine.

La lésion intéresse principalement la région mastoïdienne et sous-auriculaire. Elle mesure 6 cm de diamètre, de type ulcérobourgeonnant. Elle ne donne aucune douleur mais présente du pus et saigne facilement au contact. Elle envahit la partie inférieure de l'auricule et une partie de la région parotidienne. L'examen otoscopique et cervical est sans particularité. Il existe par ailleurs une paralysie périphérique gauche apparue il y a 4 jours.

Question 1 Quels sont les rapports antérieurs de la mastoïde ?

Question 2 Camment expliquer que la lésian saigne à chaque contact ?

Question 3 Quelles sont les origines possibles d'une telle tumeur ?

Question 4 À quai peut-être due la paralysie faciale périphérique ?

Question 5 Quels sont les examens paracliniques à effectuer ?

Question 6 Il s'agit d'un carcinome épidermoïde dant l'extensian asseuse n'intéresse que la mastoïde et le tympanal. Quel traitement proposez-vous ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
18 points

Quels sont les rapports antérieurs de la mastoïde ?

- Méat acoustique externe .... 9 points
- Nerf facial .... 9 points

Question 2
12 points

Comment expliquer que la lésion saigne à chaque contact ?

- Le processus carcinomateux inclut une néoangiogénèse :..4 points
  - o aboutissant à la fabrication de vaisseaux fragiles..........4 points
  - o dont le seul contact induit une brèche ....4 points

Question 3
10 points

Quelles sont les origines possibles d'une telle tumeur ?

- Peau : carcinome épidermoïde ....3 points
- Parotide ....3 points
- Métastase ganglionnaire d'un carcinome épidermoïde des voies aérodigestives supérieures.................................2 points
- Métastase cutanée : carcinome rénal................................2 points

Question 4
16 points

À quoi peut-être due la paralysie faciale périphérique ?

- Une atteinte de la 3e portion mastoïdienne : ....4 points
  - o par invasion osseuse mastoïdienne................................2 points
  - o par invasion périnerveuse rétrograde à partir du foramen stylomastoïdien ....2 points
- Une atteinte du nerf au niveau du foramen stylomastoïdien...4 points
- Une atteinte du nerf dans la parotide ....4 points

Question 5
25 points

Quels sont les examens paracliniques à effectuer ?

- Biopsies : ....4 points
  - o sous onesthésie locale ....2 points
  - o avec envoi des prélèvements au loboratoire d'onotomopathologie ....3 points
  - o pour étude microscopique ....2 points
- Sconner : ....3 points
  - o sons et avec injection : ....1 point
    - du rocher pour bilon de l'otteinte osseuse.................2 points
    - du cou pour : ....2 points
      - bilan locorégionol : porotide ....1 point
      - bilan des odénopothies cervicoles ....1 point
- Consultotion d'onesthésie ....2 points
- IRM contre-indiquée .....[0 à lo question si IRM effectuée] 2 points

Question 6
19 points

Il s'agit d'un carcinome épidermoïde dont l'extension osseuse n'intéresse que la mastoïde et le tympanal. Quel traitement proposez-vous ?

- Chirurgical ovant tout visont à : ....4 points
  - o l'exérèse de toute lo lésion ovec une morge importante (10 – 15 mm)...2 points
  - o une parotidectomie totole...2 points
  - o un évidement latérocervical homolotéral ....2 points
  - o une mostoïdectomie plus ou moins élorgie selon le degré d'extension...2 points
  - o avec reconstruction de lo perte de substance por lombeou musculocutoné pédiculé (grond pectorol ou grond dorsol) ....2 points
- Complémentoire ovec rodiothérapie externe : ....3 points
  - o sur le site tumorol...1 point
  - o et éventuellement sur les relois gonglionnoires ....1 point

COMMENTAIRES

Au vu de l'aspect tumoral (ulcérobourgeonnant) et de la rapidité d'évolution, le diagnostic étiologique est probablement un carcinome épidermoïde (anciennement spinocellulaire).

La taille de cette tumeur lui confère un pronostic sombre.

Le diagnostic histologique est, comme pour toute tumeur, impératif.

Ne pas oublier les contre-indications de l'IRM.

Du fait du bon état général du patient, l'intervention chirurgicale s'avère licite bien que mutilante.

La radiothérapie vient en complément pour diminuer le risque de récidive.

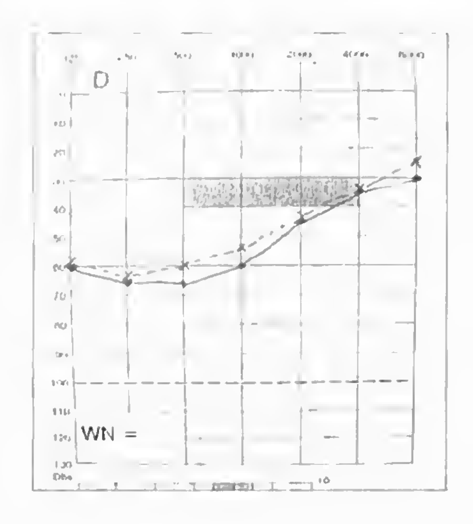
Dossier 25

Mr I., 44 ans, vous est adressé par son médecin traitant pour une hypoacousie droite survenue il y a 3 jours, brutalement à son réveil. Il est enrhumé depuis 5 jours sans aucun traitement.

Il a pour antécédent une obésité (BMI = 31) et un asthme non allergique traité par bronchodilatateur et corticothérapie locale.

L'examen physique note une muqueuse nasale note congestive. L'otoscopie est sans particularité. L'acoumétrie au diapason un test de Weber latéralisé à gauche et un test de Rinne positif sur les 2 oreilles.

L'oudiogramme tonal fait rapidement est représenté ci-dessous.



Question 1 Quelles sont les questions à poser au patient ?

Question 2 De quel type de surdité est atteint le patient ?

Question 3 Quelles peuvent en être les étiologies ?

Question 4 Quel bilan complémentaire faut-il prévoir ?

Question 5 Quel traitement instaurez-vous ?

Question 6 S'il s'agissait du 3e épisode et que parallèlement il existe des vertiges rotatoires, quels sont les diagnostics à évoquer ?

Question 4
17 points

Quel bilan complémentaire faut-il prévoir ?

- Audiogramme vocal ....2 points
- Impédancemétrie : ....1 point
  - o tympanométrie ....1 point
  - o recherche des seuils du réflexe stapédien ....1 point
- Examens vestibulaires caloriques calibrés ....3 points
- Potentiels Évoqués Auditifs ....3 points
- Bilan biologique :
  - o NFS ....1 point
  - o ionogramme sanguin, créatininémie ....1 point
  - o glycémie à jeun, cholestérolémie, triglycéridémie ....1 point
  - o vitesse de sédimentation ....1 point
- Sérologies virales à discuter ....1 point
- Sérologie syphilitique ....1 point

Question 5
23 points

Quel traitement instaurez-vous ?

- Urgence neurosensorielle ....2 points
- Hospitalisation ....2 points
- Repos ....2 points
- Garde veine ....1 point
- Traitement anti-inflammatoire :
  corticoïdes IV (1 mg/kg/j) ....4 points
- Amélioration de la rhéologie sanguine : ....2 points
  - o hémodilution normovolémique ....1 point
  - o anti-agrégation plaquettaire ....1 point
  - o vasodilatation artérielle ....1 point
  - o oxygénothérapie hyperbare ....1 point
- Mannitol IV si suspicion d'hydrops endolymphatique ....2 points
- Surveillance :
  - o tolérance du traitement ....2 points
  - o efficacité du traitement (audiogrammes répétés) ....2 points

Question 6
12 points

S'il s'agissait du 3e épisode et que parallèlement il existe des vertiges rotatoires, quels sont les diagnostics à évoquer ?

- Maladie de Ménière ....4 points
- Fistule périlymphatique ....4 points
- Labyrinthite syphilitique ....2 points
- Neurinome de l'acoustique ....2 points

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
15 points

Quelles sont les questions à poser au patient ?

- Antécédents familiaux de surdité..2 points
- Profession ....2 points
- Occupations : tirs, concerts de rock, boîtes de nuit............2 points
- Antécédents personnels de surdité ....2 points
- Antécédents d'intervention otologique ....2 points
- Existence d'un facteur déclenchant.....................................2 points
- Existence de symptômes associés :
  - o acouphène ....1 point
  - o vertiges ....1 point
  - o otalgies ....1 point

Question 2
9 points

De quel type de surdité est atteint le patient ?

- Surdité de perception : ....5 points
  - o pure ....1 point
  - o unilatérale ....3 points

Question 3
22 points

Quelles peuvent en être les étiologies ?

- Traumatisme sonore..2 points
- Blast auriculaire ....2 points
- Barotraumatisme...2 points
- Accident de décompression...2 points
- Fracture du rocher translabyrinthique ....2 points
- Neurinome de l'acoustique...2 points
- Crise de Ménière ....2 points
- Labyrinthite...2 points
- Surdité auto-immune ....2 points
- Sclérose en plaque ....2 points
- Surdité brusque ....2 points

COMMENTAIRES

Une surdité d'apparition brutale qui n'a pas fait la preuve de son origine est une surdité brusque. C'est donc un diagnostic d'élimination.

Une surdité d'apparition brutale peut être le premier signe d'un neurinome de l'acoustique. Il faut donc rechercher des signes (aréflexie vestibulaire sur les examens vestibulaires caloriques calibrés, augmentation des latences des ondes I - V sur les PEA) sur les examens complémentaires à réaliser systématiquement.

Le seul traitement qui ait prouvé son efficacité dans les surdités brusques est la corticothérapie par voie générale.

Dossier 26

Mr U., 31 ans, d'origine thaïlandaise, vient vous voir car depuis 1 mois, il entend nettement moins bien du côté droit et il perçoit des chuintements bizarres de ce même côté. Son médecin traitant lui a prescrit une IRM cérébrale pour essayer de comprendre pourquoi il avait de tels symptômes.

L'examen ORL est sans particularité hormis l'examen physique des oreilles et notamment l'otoscopie droite qui montre un tympan infiltré et jaune. Le test au diapason amène aux conclusions suivantes : Rinne négatif à droite, positif à gauche ; Weber latéralisé à droite.

Ci-dessous l'IRM cérébrale avec une coupe inférieure passant par le massif facial.



Question 1 Que vous évoquent les données de l'examen physique ?

Question 2 Pourquoi avoir effectué une IRM cérébrale dans ces conditions ?

Question 3 Au vu du cliché, quelle est la région anatomique atteinte ?

Question 4 Quels sont les différents types de lésion que l'on peut trouver à cet endroit ? Quelle est la plus probable, vu le contexte ?

Question 5 Quel est alors le bilan complémentaire à réaliser ?

Question 6 En considérant qu'il s'agit effectivement du type de lésion le plus probable et qu'à l'issue du bilan, elle soit classée T1N0M0, quel traitement lui proposer ?

Question 7 Sur quoi fondez-vous votre surveillance ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Que vous évoquent les données de l'examen physique ?

- Otoscopie : otite séromuqueuse ....5 points
- Acoumétrie : surdité de tronsmission droite ....5 points

Question 2
5 points

Pourquoi avoir effectué une IRM cérébrole dons ces conditions ?

- Aucune indicotion d'IRM cérébrole devont une otite séromuqueuse. Le médecin ouroit dû regorder les tympons ovont de prescrire un tel exomen. ....5 points

Question 3
8 points

Au vu du cliché, quelle est lo région onotomique otteinte ?

- Cavum : ....5 points
  - côté droit ....3 points

Question 4
18 points

Quels sont les différents types de lésion que l'on peut trouver ò cet endroit ? Quelle est la plus probable, vu le contexte ?

- Végétotions odénoïdes ....3 points
- Kystes ....3 points
- Concers : ....3 points
  - carcinome indifférencié type UCNT................................3 points
  - corcinome épidermoïde ....3 points
  - lymphome ....3 points

Question 5
31 points

Quel est alors le bilan complémentaire à réaliser ?

3 volets
- Affirmation du diagnostic = cavoscopie sous anesthésie générale : ....5 points
  - o analyse lésionnelle précise ....1 point
  - o réalisation de biopsies : ....2 points
    - – pour étude anatomopathologique ....1 point
- Bilan d'extension :
  - o scanner facial : ....2 points
    - – et cervical : ....2 points
      - - extension osseuse de contiguïté ....1 point
      - - extension ganglionnaire de proximité....................1 point
  - o IRM du cavum/base du crâne : ....2 points
    - – espaces parapharyngés....................1 point
    - – trous de la base du crâne ....1 point
  - o radiographie thoracique +/- scanner thoracique....................1 point
  - o échographie hépatique : ....1 point
    - – + bilan hépatique biologique ....1 point
  - o scintigraphie osseuse au Technétium 99m ....2 points
  - o consultation d'ophtalmologie avec fond d'œil ....1 point
- Bilan pré-thérapeutique :
  - o audiogramme tonal....................1 point
  - o impédancemétrie ....1 point
  - o sérologie EBV ....2 points
  - o panoramique dentaire....................2 points

Question 6
13 points

En considérant qu'il s'agit effectivement du type de lésion le plus probable et qu'à l'issue du bilan, elle soit classée T1N0M0, quel traitement lui proposer ?

- Traitement de référence :
  - o radiothérapie....................5 points
  - o externe : ....3 points
    - – 65-70 grays sur la tumeur en curatif....................3 points
    - – 50 grays sur les aires ganglionnaires en prophylactique ....2 points

Question 1 *15 points*

Sur quoi fondez-vous votre surveillance ?

- Clinique : ....1 point
  - o examen du covum ou nosofibroscope ....2 points
  - o otoscopie ....2 points
  - o aires ganglionnaires cervicales ....2 points
  - o poires crôniennes..2 points
- Poraclinique : ....1 point
  - o sérologies EBV..2 points
  - o bilan hépotique biologique...1 point
  - o rodiographie thoracique..1 point
  - o imogerie complémentoire en cas de suspicion de récidive ....1 point

COMMENTAIRES

Les cancers type UCNT ont quelques caractéristiques remarquables :

- ils sont liés à une infection muqueuse par le virus d'Epstein Barr,
- ils ne sont pas liés à une intoxication alcoolotabagique,
- leur incidence varie énormément selon l'origine géographique des patients,
- ils sont radiosensibles.

Il faut les concevoir, dans leur pouvoir d'extension, comme des tumeurs de la base du crâne et des espaces profonds de la face.

Ils sont souvent découverts à un stade avancé puisqu'on estime à 75-80 % le nombre de cas où il existe des métastases ganglionnaires. L'(les) adénopathie(s) cervicale(s) est(sont) souvent une circonstance de découverte.

Les métastases les plus courantes (30 % des cas) sont osseuses d'où la nécessité d'une scintigraphie systématique.

Le taux d'anticorps anti-EBV est un assez bon marqueur d'évolutivité.

Le pronostic n'est pas très bon du fait de la forte lymphophilie de la tumeur.

Dossier 27

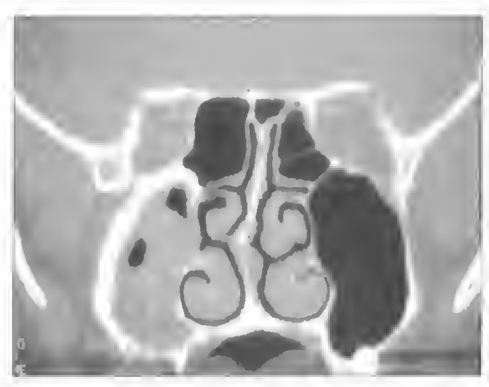
Mme B., 33 ans, vient vous voir pour un dysfonctionnement rhinosinusien chronique

Elle n'a aucun antécédent si ce n'est 2 grossesses qui se sont très bien déroulées. Aucun traitement actuel à part du paracétamol en cas de douleur.

Tout a commencé il y a 1 an avec un rhume qui a traîné en longueur et qui ne s'est jamais complètement terminé puisque la patiente décrit une rhinorrhée antérieure mucopurulente d'intensité variable selon les multiples traitements antibiotiques prescrits par son médecin traitant. Elle se plaint par ailleurs d'avoir un écoulement au fond de la gorge qu'elle est obligée d'avaler ou de cracher, nauséabond avec une toux intermittente. Elle ressent souvent des mauvaises odeurs de pourri.

L'examen physique note une apyrexie et la présence de pus au niveau du méat moyen droit.

Elle vous a apporté des clichés de scanner (cf. ci-dessous).





Question 1 Qu'est-ce que le méat moyen ?

Question 2 Que manque-t-il dans l'interrogatoire ?

Question 3 Que manque-t-il dans l'examen physique ?

Question 4 Décrivez les clichés de scanner.

Question 5 Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments ?

Question 6 Quel est le traitement qui vous semble adapté ?

Question 7 Contre quoi mettez-vous en garde la patiente ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
12 points

Qu'est-ce que le méat moyen ?

- Le méat moyen est une zone anatomique de la fosse nasale : ....2 points
  - o compris entre en dehors la partie moyenne de la paroi intersinusonasale..3 points
  - o et en dedans le cornet moyen ....3 points
- C'est la zone où s'abouche l'ensemble des sinus antérieurs de la face ....4 points

Question 2
12 points

Que manque-t-il dans l'interrogatoire ?

- Existence de soins dentaires/douleur dentaire...................3 points
- Unilatéralité ou bilatéralité des troubles............................3 points
- Rechercher une immunodépression ....2 points
- Existence de douleur faciale..2 points
- Existence d'épistaxis..2 points

Question 3
12 points

Que manque-t-il dans l'examen physique ?

- Prélèvement du pus pour analyse bactériologique.............4 points
- Examen dentaire ....4 points
- Examen pharyngé et laryngé...2 points
- Recherche d'une douleur provoquée à la palpation sous-orbitaire ....2 points

Question 4
15 points

Décrivez les clichés de scanner.

- Scanner du massif facial..2 points
- Coupe horizontale et coronale...2 points
- Opacité complète du sinus maxillaire droit : ....3 points
  - o en faveur d'une sinusite maxillaire ....2 points
- Microcalcifications :..2 points
  - o au sein de cette opacité ....1 point
  - o évocatrices d'une truffe aspergillaire..............................3 points

Question 5
19 points

Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments ?

- Sinusite maxillaire :..3 points
  - o rhinorrhée antérieure et postérieure...............................1 point
  - o pus au niveau du méat moyen.......................................2 points
- Chronique :..2 points
  - o évolution depuis plus de 3 mois ....2 points
- D'origine dentaire : ....3 points
  - o cacosmie...2 points
- Probablement aspergillaire : ....2 points
  - o image radiologique évocatrice.......................................2 points

Question 6
18 points

Quel est le traitement qui vous semble adapté ?

- Consultation de stomatologie pour traiter la dent causale ....3 points
- Traitement chirurgical : ....4 points
  - o méatotomie moyenne droite ....4 points
  - o ouverture du sinus maxillaire droit pour drainage ....2 points
  - o et exérèse de la truffe aspergillaire...............................2 points
  - o prélèvements bactériologiques, mycologiques et anatomopathologiques à prévoir ....3 points

Question 7
12 points

Contre quoi mettez-vous en garde la patiente ?

- Mise en garde contre les risques du traitement chirurgical :
  - o effraction orbitaire : hématome intra-orbitaire, cécité ....3 points
  - o effraction du canal lacrymo-nasal : epiphora, dacryocystite ....3 points
  - o dysesthésies/douleurs dentaires supérieures droites......2 points
  - o épistaxis au déméchage...2 points
  - o échec/récidive ....2 points

COMMENTAIRES

Cas de sinusite chronique localisée qui, la plupart du temps, admet une cause locale.

La plus fréquente des sinusites chroniques localisées est la sinusite maxillaire chronique dont l'étiologie est le plus souvent dentaire.

Parmi les causes dentaires, il existe les corps étrangers simples (pâtes dentaires, dents surnuméraires) et ceux sur lesquels se sont greffés des champignons, *Aspergillus fumigatus*, sous la forme d'une truffe aspergillaire.

La cacosmie est évocatrice de sinusite dentaire.

Les sinusites chroniques ont le plus souvent un fond symptomatique torpide sur lequel surgissent des épisodes de réchauffement plus ou moins bruyants.

L'interrogatoire vise à rechercher une étiologie (dentaire ou tumorale [épistaxis, unilatéralité des troubles]) et l'enveloppe évolutive avec notamment l'existence de poussée (douleur faciale)

L'image présentée est typique d'une truffe aspergillaire.

Le traitement est exclusivement chirurgical ; il n'existe aucune place pour les antimycotiques.

Dossier 28

Mr U., 60 ans, vous est adressé en urgence par son médecin généraliste, pour suspicion de paralysie récurrentielle droite.

Ce patient a été opéré il y a 8 jours d'une endartériectomie carotidienne droite pour la cure chirurgicale d'une oblitération du flux artériel découvert dans le bilan d'accidents vasculaires ischémiques transitoires. Il a présenté en post-opératoire immédiat des fausses-routes, des régurgitations nasales et une gêne à la déglutition ayant entraîné une perte de poids de 6 kg.

Il est fébrile (38 - 38,5 °C) et a été mis sous amoxicilline-acide clavulanique par son médecin. La cicatrice cervicale est sans particularité. Le patient présente une toux avec expectorations sales. Sa muqueuse orale est sèche.

L'examen au nasofibroscope montre une paralysie nette du pli vocal droit avec une hyperadduction du pli vocal gauche.

Question 1 Que vous évoque la symptomatologie de ce patient ?

Question 2 Comment le confirmer cliniquement ?

Question 3 Outre la chirurgie de la carotide, quels sont les autres types de chirurgie à risque pour le nerf récurrent ?

Question 4 À quoi doit-on penser également devant une dysphonie après une chirurgie sous anesthésie générale ?

Question 5 En quoi la paralysie récurrentielle s'en différencie-t-elle ?

Question 6 Quels examens complémentaires sont à réaliser dans l'immédiat pour ce patient ?

Question 7 Quelles sont les grandes lignes de la prise en charge thérapeutique immédiate de ce patient ?

Question 8 Que lui proposer comme traitement spécifique de la paralysie de son pli vocal ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
22 points

Que vous évoque la symptomatologie de ce patient ?

- Une pneumopathie de déglutition : ....4 points
  - fièvre ....2 points
  - toux ....2 points
  - expectorations ....2 points
  - troubles de la déglutition à type de fausses-routes.........2 points
- Une paralysie du nerf pneumogastrique : ....4 points
  - fausses-routes évocatrices d'une paralysie récurrentielle et d'une atteinte sensitive muqueuse.........2 points
  - dysphagie évocatrice (dans ce contexte) d'une paralysie des constricteurs du pharynx ....2 points
  - régurgitations nasales évocatrices d'une paralysie du voile du palais ....2 points

Question 2
14 points

Comment le confirmer cliniquement ?

- De la pneumopathie :
  - augmentation des vibrations vocales.............................2 points
  - et diminution du murmure vésiculaire : ....2 points
    - dans le territoire pulmonaire droit............................2 points
- De la paralysie du nerf pneumogastrique :
  - recherche d'une paralysie vélaire droite ....4 points
  - signes fibroscopiques :
    - stase salivaire dans le récessus piriforme droit..........2 points
    - mauvaise ouverture du récessus piriforme droit ....2 points

Question 3
15 points

Outre la chirurgie de la carotide, quels sont les autres types de chirurgie à risque pour le nerf récurrent ?

- Chirurgie :
  - de la thyroïde ....3 points
  - des parathyroïdes...3 points
- Chirurgie œsophagienne ....3 points
- Chirurgie trachéale...2 points
- Chirurgie rachidienne par abord antérieur ....2 points
- Chirurgie thoracique gauche..2 points

Question 4
8 points

À quoi doit-on penser également devant une dysphonie après une chirurgie sous anesthésie générale ?

- Arthrite ....4 points
- De l'articulation crico-aryténoïdienne ....4 points

Question 5
8 points

En quoi la paralysie récurrentielle s'en différencie-t-elle ?

- Immobilité : ....2 points
  - active ....2 points
  - et passive....................2 points
  - du pli vocal ....1 point
  - constatée à la palpation lors d'une laryngoscopie directe ....1 point

Question 6
11 points

Quels examens complémentaires sont à réaliser dans l'immédiat pour ce patient ?

- Radiographie thoracique face + profil pour confirmer la pneumopathie ....4 points
- Examen bactériologique des crachats :....................2 points
  - avec examen direct, cultures et antibiogramme ....2 points
- Examens biologiques pour rechercher une déshydratation :
  - ionogramme sanguin ....1 point
  - hématocrite ....1 point
  - créatininémie et urémie....................1 point

Question 7
12 points

Quelles sont les grandes lignes de la prise en charge thérapeutique immédiate de ce patient ?

- Hospitalisation ....2 points
- Réhydratation et équilibration électrolytique par voie parentérale ....2 points
- Pose d'une sonde nasogastrique pour réalimentation entérale ....2 points
- Traitement antibiotique pour la pneumopathie....................2 points
- Kinésithérapie respiratoire....................2 points
- Orthophonie pour rééducation de la déglutition....................2 points

Question 8
10 points

Que lui proposer comme traitement spécifique de la paralysie de son pli vocal ?

- Rééducation orthophonique ....2 points
- Traitement chirurgical : ....4 points
  - médialisation du pli vocal par implantation d'une prothèse paraglottique = thyroplastie ....2 points
  - augmentation du volume du pli vocal par injection d'un produit de remplissage (graisse autologue, téflon) ....2 points

COMMENTAIRES

La paralysie récurrentielle la plus fréquente est iatrogène : en tant que complication opératoire. Le contexte est suffisamment parlant pour pouvoir se passer d'une recherche étiologique plus poussée.

Le symptôme le plus typique est la dysphonie et notamment la voix bitonale.

Les troubles de la déglutition et notamment les fausses-routes sont plus rares. Ils sont alors plus évocateurs d'une paralysie du nerf pneumogastrique dont la branche laryngée supérieure assure l'innervation muqueuse.

La paralysie du nerf pneumogastrique associe des troubles moteurs laryngés (paralysie d'un pli vocal), des troubles moteurs pharyngés (dysphagie, stase salivaire des récessus piriformes) et des troubles moteurs vélaires (régurgitations nasales, rhinolalie ouverte).

L'intubation nécessaire lors d'interventions chirurgicales sous anesthésie générale peut aboutir à une paralysie récurrentielle par compression du nerf récurrent intralaryngé ou à un trouble de la mobilité vocale par atteinte traumatique de l'articulation crico-aryténoïdienne.

La constatation de fausses routes doit conduire à la suppression de toute alimentation par voie orale pour prévenir une pneumopathie de déglutition.

Dossier 29

Mme Y., 37 ans, vient vous consulter pour une paralysie de l'hémiface gauche apparue il y a 24 heures, sans facteur déclenchant apparent.

Célibataire et sans enfant, elle occupe un poste important dans la communication de son entreprise. Elle fume 20 cigarettes par jour depuis une quinzaine d'années. Elle est sous un antidépresseur depuis 1 mois, suite au décès de sa mère (cancer mammaire métastatique).

Elle vous rapporte l'existence de céphalées depuis une dizaine de jours ayant fait suite à des myalgies et une asthénie ayant duré 15 jours. Elle se plaint également de douleurs articulaires intéressant le genou droit depuis 7 jours et d'une gêne oculaire. Aucune notion de traumatisme, de tuméfaction parotidienne, d'otalgie ou d'otorrhée.

Votre examen constate effectivement une paralysie de l'hémiface gauche, complète et totale sans autre anomalie neurologique. L'examen otoscopique est sans particularité. L'examen oculaire note 2 yeux rouges avec sécrétions sales. Le genou droit est tuméfié et chaud. La température est à 36,9 °C, la TA à 145/80 mmHg.

Son médecin lui a prescrit une numération formule sanguine qui est normale.

Question 1 Comment confirmer cliniquement qu'il s'agit bien d'une paralysie faciale périphérique ?

Question 2 Quelles sont les données de l'interrogatoire qui orienteraient vers le diagnostic supposé ?

Question 3 Quel est votre diagnostic ? Quels sont vos arguments ?

Question 4 Quel en est le facteur étiologique ?

Question 5 Comment le mettre en évidence ?

Question 6 Quels sont les autres organes pouvant être atteints par la maladie ?

Question 7 Quelles sont les lésions cutanées pouvant être retrouvées à ce stade de l'évolution ?

Question 8 Quel traitement proposez-vous en sachant que le diagnostic est confirmé ?

Question 9 Quels sont les éléments de la prévention secondaire ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
15 points

Comment confirmer cliniquement qu'il s'agit bien d'une paralysie faciale périphérique ?

- Signe des cils de Souques ....3 points
- Signe de Charles Bell ....3 points
- Signe du peaucier de Babinski ....3 points
- Absence de dissociation automaticovolontaire dans les mimiques..3 points
- Atteinte identique des territoires inférieur et supérieur des muscles faciaux ....3 points

Question 2
9 points

Quelles sont les données de l'interrogatoire qui orienteraient vers le diagnostic supposé ?

- Promenade en forêt datant de 1 à 3 mois ....3 points
- Morsure de tique à l'occasion de cette promenade ....3 points
- Érythème migrant chronique très caractéristique ....3 points

Question 3
12 points

Quel est votre diagnostic ? Quels sont vos arguments ?

- Borréliose de Lyme sur les arguments suivants :
  - o paralysie faciale périphérique ....3 points
  - o mono-arthrite ....3 points
  - o syndrome pseudogrippal...2 points
  - o conjonctivite..2 points
  - o absence de signes en faveur d'une autre cause ....2 points

Question 4
9 points

Quel en est le facteur étiologique ?

- Bactérie de type spirochète..3 points
- *Borrelia burgdorferi* ....3 points
- Transmis lors d'une morsure de tique du genre *Ixode* ....3 points

Question 5
10 points

Comment le mettre en évidence ?

- Tests sérologiques par méthode ELISA ....4 points
- Confirmation par Western Blott :...4 points
  - o ou plus récemment par *Polymerase Chain Reaction*.......2 points

Question 6
14 points

Quels sont les autres organes pouvant être atteints par la maladie ?

- Cœur : ....3 points
  - o troubles de conduction ....2 points
  - o péricardite voire myocardite ....2 points
- Système Nerveux Central :..3 points
  - o méningite lymphocytaire d'évolution prolongée............2 points
  - o encéphalomyélite/myélite..2 points

Question 7
6 points

Quelles sont les lésions cutanées pouvant être retrouvées à ce stade de l'évolution ?

- Lymphocytome cutané bénin ....3 points
- Acrodermatite chronique atrophiante ou maladie de Pick-Herxheimer ....3 points

Question 8
13 points

Quel traitement proposez-vous en sachant que le diagnostic est confirmé ?

- Traitement antibiotique de la phase tertiaire :....................5 points
  - o céphalosporine de 3e génération..................................4 points
  - o pendant 21 jours ....4 points

Question 9
12 points

Quels sont les éléments de la prévention secondaire ?

- Porter des vêtements couvrants et ajustés...........................4 points
- Employer des répulsifs comme ceux utilisés contre les moustiques ....4 points
- S'examiner tout le corps lors du retour d'un séjour (ou promenade) en zone à risque de rencontrer des tiques afin de décrocher toutes celles ayant pu se fixer (le risque d'infestation par le spirochète est d'autant plus élevé que le temps de fixation de la tique aura été long) ....4 points

COMMENTAIRES

Dossier de maladie infectieuse pouvant être amené par une paralysie faciale périphérique.

On distingue 3 phases à cette maladie infectieuse :

a. Phase primaire : éruption cutanée au niveau de la morsure (apparaissant au bout de quelques jours) qui s'élargit vers la périphérie. Elle passe inaperçue dans 30 % des cas.
b. Phase secondaire : malaise général, asthénie, myalgies, céphalées, frissons, fièvre sont le témoin de la propagation de l'infection dans l'organisme.
c. Phase tertiaire : manifestations variées et variables de l'atteinte pluriviscérale de l'infection : articulaire, nerveuse, cardiaque, cutanée, oculaire.

Le diagnostic est principalement clinique (promenade en zone d'endémie + érythème migrant). En l'absence de l'un des deux critères, un test sérologique est préférable.

Les tests sérologiques par méthode ELISA sont assez sensibles mais il existe tout de même 40 % de faux négatifs. On a alors souvent recours à un test de confirmation, soit le Western Blott, soit la PCR.

Le traitement antibiotique varie selon les phases :

- phases primaire et secondaire : amoxicilline ou macrolide pendant 15 à 21 j,
- phase tertiaire : céphalosporine de 3e génération pendant 21 j.

Dossier 30

Mr C., 41 ans, sans antécédent, vient consulter pour de violentes céphalées apparues il y a 24 h, rebelles au traitement antalgique de niveau 2. Il n'existe ni nausée ni vomissement.

Le patient raconte qu'il est enrhumé depuis 7 jours et qu'il ne s'est pas traité initialement. Il a consulté un généraliste hier qui a diagnostiqué une sinusite maxillaire aiguë et l'a mis sous traitement antibiotique (amoxicilline - acide clavulanique 2 g/j). Il n'a pas du tout été amélioré et se retrouve avec des céphalées à point de départ frontal gauche irradiant dans toute la tête.

L'examen note une température à 38,7 °C, une tension artérielle à 150/95, un pouls à 112. L'examen général est rassurant mais le patient est prostré. L'examen endonasal montre un cornet moyen gauche turgescent et l'absence de pus. L'intensité de la douleur sur une échelle EVA est notée à 9.

Question 1 Quelles sont les causes de céphalées fébriles ?

Question 2 Laquelle retenez-vous ? Argumentez.

Question 3 Une imagerie vous semble-t-elle licite ? Si oui, laquelle ? Sinon, pourquoi ?

Question 4 Quel traitement entreprenez-vous dans l'immédiat ?

Malgré votre traitement, le patient se plaint de nouveau de céphalées au bout de 48 h avec une température de 39 °C. Vous découvrez une tuméfaction sus-orbitaire médiane de nature inflammatoire et très douloureuse à la palpation.

Question 5 Quel est votre nouveau diagnostic ?

Question 6 Quels examens radiologiques prescrivez-vous ? Pour quelles raisons ?

Question 7 Quel traitement mettez-vous alors en place sachant que le germe mis en évidence est *Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
14 points

Quelles sont les causes de céphalées fébriles ?

- Méningite ....2 points
- Méningo-encéphalite ....2 points
- Neuropaludisme ....2 points
- Abcès cérébral/empyème sous-dural/thrombophlébite cérébrale ....2 points
- Sphénoïdite aiguë...2 points
- Sinusite frontale aiguë/bloquée ....2 points
- Ostéomyélite frontale ....2 points

Question 2
13 points

Laquelle retenez-vous ? Argumentez.

- Sinusite frontale bloquée : ....2 points
  - o terrain :
    - rhinite initiale ....1 point
    - sinusite maxillaire aiguë rhinogène.............................1 point
    - traitement incomplet (corticoïdes et vasoconstricteurs locaux non prescrits)..1 point
  - o symptomatologie : céphalées
    - origine frontale unilatérale ....1 point
    - intensité (EVA > 7) ....1 point
    - permanence (prostration) ....1 point
  - o examen physique :
    - fièvre élevée ....1 point
    - absence de pus au niveau du méat moyen ....2 points
    - examen général normal ....2 points

Question 3
11 points

Une imagerie vous semble-t-elle licite ? Si oui, laquelle ? Sinon, pourquoi ?

- Oui ....4 points
- Radiographies de la face : ....4 points
  - o Blondeau..1 point
  - o face haute..1 point
  - o face de profil ....1 point

Question 4
10 points

Quel traitement entreprenez-vous dans l'immédiat ?

- Drainage du sinus frontal soit par voie externe (clou de Lemoyne), soit par voie endonasale...................10 points

Malgré votre traitement, le patient se plaint de nouveau de céphalées au bout de 48 h avec une température de 39 °C. Vous découvrez une tuméfaction sus-orbitaire médiane de nature inflammatoire et très douloureuse à la palpation.

Question 5
12 points

Quel est votre nouveau diagnostic ?

- Ostéomyélite frontale ....12 points

Question 6
24 points

Quels examens radiologiques prescrivez-vous ? Pour quelles raisons ?

- Scanner du massif facial :..4 points
  - o Recherche d'une ostéolyse ....2 points
  - o Recherche d'un séquestre osseux ....2 points
  - o Intérêt dans le bilan préopératoire (repères anatomiques) ....2 points
- Scanner cérébral : ....4 points
  - o Dépistage des complications septiques endocrâniennes ....2 points
- Scintigraphie osseuse : ....4 points
  - o Valeur diagnostique ....2 points
  - o Outil de surveillance (sa normalité est synonyme de guérison) ....2 points

Question 7
16 points

Quel traitement mettez-vous alors en place sachant que le germe mis en évidence est *Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline ?

- Traitement double :
  - o chirurgical : ....4 points
    - ablation des séquestres osseux ....2 points
    - et des zones ostéitiques..2 points
  - o médical :..2 points
    - antibiothérapie...1 point
    - bactéricide ....1 point
    - synergique ....1 point
    - parentérale initialement ....1 point
    - efficace sur le germe incriminé ....1 point
    - à bonne pénétration osseuse ....1 point
    - exemple : Pénicilline M + aminosides

COMMENTAIRES

La majorité des sinusites aiguës sont rhinogènes.

Le traitement de la sinusite aiguë passe par un triptyque : antibiothérapie, corticothérapie générale, vasoconstriction locale.

Une sinusite frontale bloquée est très douloureuse.

Son traitement de référence est le drainage. Celui-ci est de plus en plus effectué par voie endonasale.

Les sinusites frontales sont celles qui se compliquent le plus souvent. Dans la majorité des cas, il s'agit de complications endocrâniennes septiques : méningite, empyème sous-dural, abcès intracérébral.

Plus rarement, on assiste à une ostéomyélite frontale dont le diagnostic clinique peut facilement être mis en défaut.

Son traitement médical est en général prolongé, le temps pour les antibiotiques de stériliser l'infection osseuse.

Dossier 31

Mr Z., 75 ans vient vous voir pour des épistaxis récidivantes du côté gauche associées à une obstruction nasale homolatérale évoluant depuis environ 6 mois.

Il a pour antécédent une broncho-pneumopathie chronique obstructive post-tabagique nécessitant une oxygénation avec lunettes nasales 18 H/24 et un traitement bronchodilatateur, une valvulopathie aortique opérée et nécessitant un traitement anticoagulant à base d'acénocoumarol, une hypertension artérielle bien équilibrée par hydrochlorothiazide, un cancer rénal opéré il y a 8 ans et suivi tous les 6 mois.

Il n'existe aucune douleur faciale ni rhinorrhée ni trouble de l'odorat. Un précédent ORL lui a cautérisé la cloison nasale à 2 reprises mais cela n'a eu aucun résultat.

L'examen au spéculum nasal montre du côté gauche une croûte hémorragique de la partie antérieure de la cloison. Vous vous apprêtez à réaliser une 3[e] cautérisation lorsque vous vous apercevez que vous avez omis un examen endonasal au fibroscope.

Question 1 Que vous permet la fibroscopie nasale que ne vous permet pas la rhinoscopie au spéculum ?

Question 2 Vu le tableau, quelles sont les causes possibles de cette épistaxis ?

Question 3 Qu'est-ce qui vous fait penser qu'il existe une autre cause à ses épistaxis que cette lésion septale ?

L'examen fibroscopique vous fait découvrir une masse tumorale provenant de la face latérale du cornet moyen gauche.

Question 4 Où peut être l'origine de cette tumeur ?

Question 5 Compte tenu de cette origine et du terrain, quels sont les types histologiques les plus probables ?

Question 6 Quelle est la précaution à prendre avant de réaliser des biopsies de cette tumeur ?

Le bilan lésionnel aboutit au diagnostic d'adénocarcinome ethmoïdal gauche dont l'extension reste limitée aux cavités nasosinusiennes (T3N0M0)

Question 7 Quel traitement proposez-vous au patient ?

Le patient vous apprend qu'il a travaillé en tant qu'ouvrier dans une scierie. Il vous demande si son cancer est en rapport avec la profession qu'il a exercée.

Question 8 Que lui répondez-vous ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Que vous permet la fibrascapie nasale que ne vous permet pas la rhinoscapie au spéculum ?

- Observation des 2/3 postérieurs de la fosse nasale..........2 points
- Observation de la fente olfactive ....2 points
- Observation du méat moyen ....2 points
- Observatian du cavum ....2 paints
- Observatian du récessus sphéna-ethmoïdal ....2 paints

Question 2
12 paints

Vu le tableau, quelles sont les causes possibles de cette épistaxis ?

- Ulcératian septale du fait de l'utilisatian des lunettes nasales..3 paints
- À-caups hypertensifs..3 paints
- Hypocoagulabilité sanguine ....3 points
- Tumeur endanasale non vue à la rhinascapie ....3 paints

Question 3
15 paints

Qu'est-ce qui vous fait penser qu'il existe une autre cause à ses épistaxis que cette lésion septale ?

- L'âge...3 points
- Les antécédents : ....3 points
  - o hypertension artérielle..1 point
  - o traitement anticoagulant ....1 point
  - a cancer rénal...1 paint
- L'absence de résultats probants des cautérisations ....3 paints
- L'abstructian nasale ....3 points

L'exomen fibroscopique vous fait découvrir une masse tumorole provenant de la face latérole du cornet moyen gouche.

Question 4
8 points

Où peut être l'arigine de cette tumeur ?

- Sinus maxillaire gauche..4 paints
- Ethmaïde antérieur gauche ....4 points

Question 5
16 points

Compte tenu de cette origine et du terrain, quels sont les types histologiques les plus probables ?

- Adénocarcinome ....5 points
- Métastose de cancer rénal..4 points
- Lymphome ....3 points
- Carcinome adénoïde kystique ....2 points
- Carcinome épidermoïde ....2 points

Question 6
12 points

Quelle est la précaution à prendre avant de réaliser des biopsies de cette tumeur ?

- Bilan biologique de l'hémostase :......................................3 points
  - TP – TCA..1 point
  - INR...1 point
  - numération plaquettaire...1 point
- Arrêt préalable des anticoagulants oraux............................3 points
- Relais par HBPM ....3 points

Le bilan lésionnel aboutit au diagnostic d'adénocarcinome ethmoïdal gauche dont l'extension reste limitée aux cavités nasosinusiennes (T3N0M0).

Question 7
15 points

Quel traitement proposez-vous au patient ?

- Chimiothérapie néo-adjuvante..3 points
- Exérèse chirurgicale : ....4 points
  - ethmoïdectomie totale en double équipe (ORL + Neurochirurgie) ....4 points
- Radiothérapie externe complémentaire sur lit tumoral ....4 points

Le patient vous apprend qu'il a travaillé en tant qu'ouvrier dans une scierie. Il vous demande si son cancer est en rapport avec la profession qu'il a exercée

Question 8
12 points

Que lui répondez-vous ?

- Oui : ....2 points
  - il existe un lien de causalité entre l'exposition chronique aux poussières de bois et la survenue d'adénocarcinomes ethmoïdaux....................................3 points
  - cela a été démontré par la comparaison des incidences de la maladie chez des travailleurs exposés et chez des travailleurs non exposés.............................3 points
- Proposer une demande d'indemnisation au titre des maladies professionnelles (tableau n° 47)..................4 points

COMMENTAIRES

Ce dossier illustre le fait qu'il ne faut pas méconnaître une origine tumorale à des épistaxis récidivantes, notamment chez le sujet âgé et lorsqu'elles s'accompagnent d'autres symptômes rhinologiques.

Toujours vérifier l'état de l'hémostase avant de faire une biopsie.

Chez l'enfant, aucune biopsie endonasale ne doit être effectuée avant la réalisation d'un scanner voire d'une IRM du massif facial afin de dépister une éventuelle méningo-encéphalocèle congénitale.

Les tumeurs situées latéralement par rapport au cornet moyen proviennent de l'ethmoïde antérieur ou du sinus maxillaire ; celles situées médialement, de l'ethmoïde postérieur, du sphénoïde ou de la fente olfactive.

Les tumeurs nasosinusiennes sont volontiers malignes. Les plus fréquentes sont représentées par l'adénocarcinome ethmoïdal survenant chez les professionnels exposés (bois, cuir). Ce cancer est inscrit au tableau des maladies professionnelles.

Le traitement de choix de ce type de cancer est l'exérèse chirurgicale. Celle-ci doit se faire en bloc et donc, pour les grosses tumeurs (classées T3-T4), elle nécessite souvent un abord facial par l'ORL et un abord frontal par le neurochirurgien.

La radiothérapie externe complémentaire est décidée selon les résultats des berges de l'exérèse. Une chimiothérapie néo-adjuvante est de plus en plus pratiquée.

Dossier 32

Mme T., probablement dans sa 7ᵉ décennie, algérienne et ne parlant pas français, arrive aux urgences en titubant et en se prenant la tête avec les mains.

L'interrogatoire se révèle impossible mais elle a eu la bonne idée d'amener les médicaments qu'elle semble prendre de façon régulière

- glibenclamide (DAONIL®),
- ramipril (TRIATEC®),
- pravastatine (ELISOR®),
- allopurinol (ZYLORIC®).

Elle présente une obésité manifeste et semble se plaindre de maux de tête. La position debout est difficile mais sa démarche pour venir à vous se fait avec embardées à droite et à gauche, à petits pas écartés. Une fois la patiente allongée sur un brancard, vous constatez un pouls à 120 et une température à 37,1 °C. L'examen pulmonaire, cardiaque, abdominal et articulaire est sans particularité. L'examen neurologique constate des réflexes globalement vifs et symétriques avec un signe de Babinski bilatéral. Signes de Brudzinski et Kernig sont négatifs. Aucun déficit moteur ni sensitif. Par contre, vous constatez une adiadococinésie franche. Les réflexes pupillaires sont symétriques. L'examen des paires crâniennes est sans anomalie mais vous constatez un mouvement des yeux incessant, non pendulaire, empêchant la fixation oculaire. Au moment où vous finissez votre examen, la patiente est prise de vomissements importants.

Question 1 Que manque-t-il d'essentiel dans l'examen de cette patiente ?

Question 2 Vu le contexte, à quoi pourraient être dues ses céphalées ?

Question 3 S'agit-il de vrais vertiges ? Argumentez.

Question 4 Que vous évoque ses troubles de l'équilibre ?

Question 5 Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Question 6 Quel(s) examen(s) complémentaire(s) effectuez-vous en urgence ? Qu'en attendez-vous ?

Question 7 Il existe une hyperdensité spontanée des 2 lobes cérébelleux. Quel est votre diagnostic ?

Question 8 Que devez-vous alors effectuer ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Que manque-t-il d'essentiel dans l'examen de cette patiente ?

- Prise de la tension artérielle .... 8 points
- Examen otoscopique à la recherche d'une pathologie tympanique .... 2 points

Question 2
12 points

Vu le contexte, à quoi pourraient être dues ses céphalées ?

- HTA maligne .... 4 points
- Hypertension intracrânienne .... 4 points
- Déshydratation .... 4 points

Question 3
16 points

S'agit-il de vrais vertiges ? Argumentez.

- Oui : .... 4 points
  - o existence d'un nystagmus .... 4 points
  - o nausées/vomissements .... 4 points
  - o signes neurologiques .... 4 points

Question 4
12 points

Que vous évoque ses troubles de l'équilibre ?

- Syndrome cérébelleux .... 4 points
  - o embardées .... 2 points
  - o élargissement du polygone de sustentation .... 2 points
  - o adiadococinésie .... 2 points
  - o nystagmus d'allure centrale (augmenté à la fixation oculaire, accompagné de signes neurologiques) .... 2 points

Question 5
12 points

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

- Causes possibles de céphalées + syndrome cérébelleux :
  - o accident vasculaire ischémique cérébelleux .... 4 points
  - o hématome intracérébelleux .... 4 points
  - o tumeur cérébelleuse d'évolution rapide ou ayant saigné .... 4 points

Question 6
16 points

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) effectuez-vous en urgence ? Qu'en attendez-vous ?

- Scanner cérébral sans injection : ....4 points
  - o met en évidence une hémorragie : ....2 points
  - o ou un œdème ....2 points
  - o sa normalité doit faire réaliser une IRM cérébrale à la recherche d'un syndrome tumoral (tumeur, abcès) ou d'une ischémie parenchymateuse ....2 points
- Ionogramme sanguin :..2 points
  - – à la recherche de troubles ioniques............................1 point
- Urémie – créatininémie : ....2 points
  - – à la recherche d'une insuffisance rénale fonctionnelle...1 point

Question 7
10 points

Il existe une hyperdensité spontanée des 2 lobes cérébelleux. Quel est votre diagnostic ?

- Hématome intracérébelleux ....10 points

Question 8
12 points

Que devez-vous alors effectuer ?

- Avis neurochirurgical :..10 points
  - o surveillance ou évacuation selon l'état clinique.............2 points

COMMENTAIRES

Les vertiges centraux sont de véritables urgences médicales voire chirurgicales.

Il existe toujours un nystagmus, le plus souvent d'allure centrale (dysharmonieux, ne suivant pas la loi d'Alexander, multidirectionnel, augmenté à la fixation oculaire) et presque toujours des signes neurologiques centraux.

Les causes sont d'origine cérébelleuse ou mésencéphalique.

Les céphalées inhabituelles et volontiers intenses sont assez prédictives de l'origine centrale des vertiges.

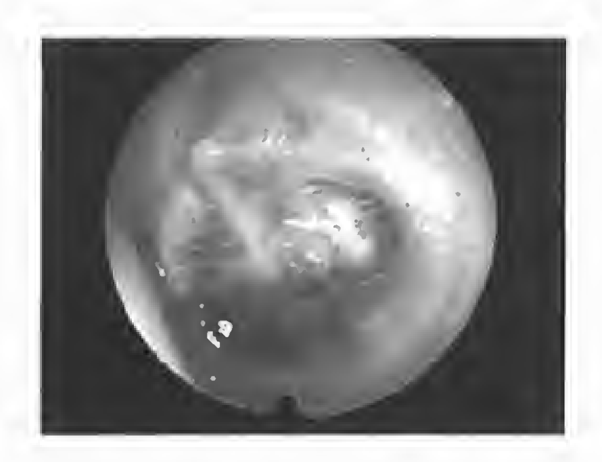
Il convient devant tout vertige de rechercher un syndrome cérébelleux et un déficit d'un nerf crânien.

L'examen radiologique de débrouillage est le scanner cérébral sans injection.

Dossier 33

Maud, 4 ans et demi, vous est adressée par son pédiatre pour la mise en place d'aérateurs transtympaniques (ATT). Nous sommes en avril et tout l'hiver, elle a constamment été enrhumée et a souffert de 8 épisodes d'otite moyenne aigue, tous traités par antibiotiques. Elle tousse tout le temps mais n'a pas d'asthme. Elle a un frère de 2 ans qui ne présente aucun problème. Pas d'antécédent personnel ni familial par ailleurs.

L'examen que vous pratiquez montre 2 grosses amygdales cryptiques, non inflammatoires, associées à une rhinorrhée postérieure discrète. Il existe par ailleurs une polyadénopathie cervicale bilatérale et des tympans comme illustrés sur la photo ci-dessous.



Question 1 Que manque-t-il dans l'interrogatoire des parents ?

Question 2 Que manque-t-il dans l'examen physique ?

Question 3 Que vous évoque l'aspect tympanique ?

Question 4 À quoi est due cette pathologie ? Précisez-en le mécanisme.

Question 5 Quel(s) examen(s) complémentaire(s) chez cette enfant pourriez-vous faire ? Dans quelle(s) optique(s) ?

Question 6 Quel traitement préconisez-vous ? Pourquoi ?

Maud revient vous voir en novembre. Malgré votre traitement, elle présente le même tableau clinique avec, semble-t-il des difficultés à l'apprentissage de la lecture.

Question 7 Que préconisez-vous alors ?

Question 8 Considérant cet épisode guéri et terminé, vous semble-t-il nécessaire de suivre régulièrement Maud ? Son petit frère ? Pourquoi ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
14 points

Que manque-t-il dans l'interrogatoire des parents ?

- Mode de vie : ....1 point
  - o scolarité/garde..2 points
  - o existence d'un tabagisme passif......................................1 point
- Symptomatologie de la surdité : ....1 point
  - o fait-elle répéter fréquemment ? ....1 point
  - o existe-t-il des troubles de l'apprentissage de la parole ?..2 points
- Symptomatologie associée :
  - o manifestations de reflux gastro-œsophagien (pyrosis, toux nocturne, dysphonie) ....1 point
  - o ronflements nocturnes ....1 point
  - o apnées du sommeil/sueurs nocturnes.............................2 points
  - o asthénie diurne...2 points

Question 2
10 points

Que manque-t-il dans l'examen physique ?

- Nasofibroscopie :
  - o étude du cavum :..2 points
    - recherche de végétations adénoïdes.........................4 points
  - o étude du larynx :..2 points
    - margelle laryngée postérieure inflammatoire (signe de reflux gastro-œsophagien)..........................2 points

Question 3
10 points

Que vous évoque l'aspect tympanique ?

- Otite séromuqueuse...10 points

Question 4
16 points

À quoi est due cette pathologie ? Précisez-en le mécanisme.

- L'hypertrophie des végétations adénoïdes : .... 2 points
  - o entraîne un dysfonctionnement tubaire chronique........ 2 points
- La fermeture permanente de la trompe d'Eustache entraîne un déficit d'aération de la caisse du tympan et donc une raréfaction en oxygène de l'oreille moyenne .... 2 points
- En réaction à ces changements de pression partielle en oxygène, la muqueuse se transforme en subissant une véritable métaplasie aboutissant à un enrichissement en cellules mucipares........ 2 points
- Il s'ensuit une hypersécrétion muqueuse : .... 2 points
  - o entraînant la symptomatologie de l'otite séromuqueuse........ 2 points
  - o et aggravant le dysfonctionnement tubaire .... 2 points
- Cela aboutit à un véritable cercle vicieux .... 2 points

Question 5
15 points

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) chez cette enfant pourriez-vous faire ? Dans quelle(s) optique(s) ?

- Tympanogramme : .... 3 points
  - o recherche d'une courbe d'impédancemétrie aplatie qui signe la présence d'un épanchement rétrotympanique .... 2 points
- Audiogramme tonal de dépistage : .... 3 points
  - o chiffre l'importance de la surdité occasionnée par l'otite séromuqueuse .... 2 points
- Tests allergiques de dépistage : .... 3 points
  - o PHADIATOP®........ 1 point
  - o tests cutanés........ 1 point

Question 6
10 points

Quel traitement préconisez-vous ? Pourquoi ?

- Surveillance simple........ 4 points
- 2 raisons à ce traitement :
  - o stade de la découverte de la maladie........ 3 points
  - o amélioration naturelle durant l'été........ 3 points

Maud revient vous voir en novembre. Malgré votre traitement, elle présente le même tableau clinique avec, semble-t-il des difficultés à l'apprentissage de la lecture.

Question 7
12 points

Que préconisez-vous alors ?

- Du fait de la récidive .... 3 points
- Et de la répercussion fonctionnelle : .... 3 points
  - o indication à la mise en place d'aérateurs transtympaniques + adénoïdectomie .... 6 points

Question 8
13 points

Considérant cet épisode guéri et terminé, vous semble-t-il nécessaire de suivre régulièrement Maud ? Son petit frère ? Pourquoi ?

- Oui pour Maud : .... 3 points
  - o risque de récidive après la dépose des aérateurs .... 3 points
  - o surveillance impérative du fait du risque d'otite chronique à distance .... 3 points
- Non pour le petit frère : .... 2 points
  - o car il ne présente aucune pathologie .... 2 points

COMMENTAIRES

L'otite séromuqueuse (OSM) de l'enfant est à différencier de celle de l'adulte dans le sens où elle est fréquente et qu'elle accepte pour cause dans pratiquement tous les cas une hypertrophie des végétations adénoïdes.

Un liquide rétrotympanique existe de façon « physiologique » après chaque épisode d'otite moyenne aiguë (OMA). Il ne devient pathologique que lorsqu'il devient chronique (> 1 mois) faisant le lit d'OMA à répétition ou entraînant une surdité bilatérale.

L'OSM est la première cause de surdité de l'enfant. Le diagnostic est d'autant plus important à poser que la surdité entraîne à cet âge de réelles difficultés à l'apprentissage de la parole, de la lecture et de l'écriture et qu'elle disparaît rapidement après un bon traitement.

Le traitement dépend de l'importance de la surdité et à un moindre niveau de la saison durant laquelle le diagnostic est effectué.

En cas de surdité handicapante, (niveau moyen des seuils en conduction aérienne > 30 dB sur les 2 oreilles), la mise en place d'aérateurs transtympaniques est indiquée.

Sinon, une simple surveillance est licite dans un premier temps au si le diagnostic est fait au printemps (amélioration naturelle avec les beaux jours). Dans un second temps, un traitement antibiotique et corticoïde sur 15 j est licite, ceux-ci ayant fait la preuve de leur efficacité.

Dossier 34

Mme D., 52 ans, sans antécédent personnel mais en pré-ménopause, vient vous consulter pour l'apparition d'une tuméfaction cervicale antérieure, paramédiane gauche, d'évolution assez rapide semble-t-il puisqu'en un mois, la masse a doublé de volume. Elle se plaint par ailleurs de palpitations et de bouffées de chaleur avec sueurs fréquentes notamment au visage. Des céphalées sont apparues il y a 15 j. Elle a très peur d'un cancer thyroïdien puisqu'une de ses sœurs, sa mère et sa tante (sœur de sa mère) ont toutes les trois été opérées d'une telle tumeur.

L'examen cervical note une tuméfaction ferme, sensible au toucher, mesurant 3 cm de diamètre, mobile par rapport aux plans profond et superficiel. Il existe deux autres tuméfactions latérales gauches de 2 cm chacune, de même consistance, intéressant la région sous-omo-hyoïdienne.

Question 1 Quelles sont les caractéristiques d'une tuméfaction cervicale la faisant suspecter d'être thyroïdienne ?

Question 2 Que manque-t-il dans l'examen physique ?

Question 3 Dans la nouvelle nomenclature, à quel groupe appartiennent les adénopathies sous-omo-hyoïdiennes ?

Question 4 Quels sont, chez cette patiente, les facteurs prédictifs d'une nature cancéreuse de cette tuméfaction cervicale ?

Question 5 Quel bilan paraclinique préconisez-vous ? Dans quelle optique ?

Question 6 Quel traitement de ce cancer vous semble le plus approprié dans un premier temps ?

Question 7 Quels sont les risques inhérents à ce type de traitement dont vous êtes tenus d'informer la patiente ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
9 points

Quelles sont les caractéristiques d'une tuméfaction cervicale la faisant suspecter d'être thyroïdienne ?

- Cervicale antérieure ....3 points
- Médiane/paramédiane ....3 points
- S'ascensionnant à la déglutition ....3 points

Question 2
9 points

Que manque-t-il dans l'examen physique ?

- Examen du larynx : ....2 points
  - o pour vérifier la bonne mobilité des 2 plis vocaux ....2 points
- Prise de la tension artérielle : ....3 points
  - o devant la suspicion de phéochromocytome...................2 points

Question 3
5 points

Dans la nouvelle nomenclature, à quel groupe appartiennent les adénopathies sous-omo-hyoïdiennes ?

- Groupe IV..5 points

Question 4
16 points

Quels sont, chez cette patiente, les facteurs prédictifs d'une nature cancéreuse de cette tuméfaction cervicale ?

- Terrain :
  - o âge > 50 ans ....2 points
  - o existence d'antécédents familiaux de cancer thyroïdien ....3 points
- Symptomatologie :
  - o évolutivité de la tuméfaction ....3 points
  - o existence d'adénopathies cervicales ....3 points
  - o existence de signes évocateurs de phéochromocytome : ....2 points
    - palpitation..1 point
    - céphalées...1 point
    - sueurs..1 point

Question 5
26 points

Quel bilan paraclinique préconisez-vous ? Dans quelle optique ?

- Bilan bialogique :
  - o à la recherche d'éléments en faveur d'un cancer médullaire : ....1 paint
    - dosage sérique de la calcitonine....................2 points
    - dasage sérique de l'ACE ....1 point
  - o à la recherche d'éléments en faveur d'un phéachramacytome : ....1 paint
    - dosage urinaire des métabolites des catécholamines (acide vanylmandélique, métanéphrines)....................2 paints
  - o à la recherche d'éléments en faveur d'une hyperparathyraïdie : ....1 point
    - calcémie....................1 paint
    - dasage sérique de la paratharmane (PTH) ....1 point
  - o fonctian thyroïdienne : ....1 paint
    - T3, T4, TSHus....................1 paint
- Bilan marphologique : échagraphie-doppler cervicale à la recherche : ....3 paints
  - o des caractéristiques du nadule (taille, aspect, localisation, vascularisation) ....1 paint
  - o de l'existence d'autres nadules thyraïdiens passés inaperçus....................1 point
  - o de l'existence d'autres adénopathies ....1 paint
- Bilan thyroïdien :
  - o scintigraphie thyraïdienne....................1 point
  - o cytapanction échaguidée ....3 paints
- Bilan d'extensian : ....2 paints
  - o scanner thoraca-abdominal sans injection ....1 paint
  - o scintigraphie asseuse ....1 point

Question 6
20 points

Quel traitement de ce cancer vous semble le plus approprié dans un premier temps ?

- Exérèse chirurgicale : ....4 points
  - o thyroïdectamie totale....................4 paints
  - o examen extemporané de la pièce pour confirmation diagnastique ....2 points
  - o évidement (curage) cervical sélectif (fanctiannel) : ....3 paints
    - intéressant les graupes II, III, IV et VI et récurrentiels bilatéraux ....1 point
- Radiathérapie externe camplémentaire sur la zane tumarale et les ganglians envahis....................4 paints
- Supplémentatian hormanale à distance ....2 paints

Question 7
15 points

Quels sont les risques inhérents à ce type de traitement dont vous êtes tenus d'informer la patiente ?

- Cicatrice cervicale .... 1 point
- Complications post-opératoires : .... 1 point
  - o hématome cervical compressif :
    reprise chirurgicale urgente .... 2 points
  - o hypoparathyroïdie aiguë : .... 2 points
    - risque d'hypocalcémie aiguë .... 1 point
    - et donc de troubles du rythme cardiaque .... 1 point
  - o paralysie récurrentielle :
    - unilatérale : .... 1 point
      - risque de dysphonie avec une voix rééducable .... 1 point
    - bilatérale : .... 1 point
      - risque de dyspnée laryngée suffocante .... 1 point
      - nécessitant une trachéotomie provisoire, pouvant entraîner une dégradation importante de la voix de façon irrémédiable .... 1 point
  - o atteinte du nerf laryngé supérieur : .... 1 point
    - troubles de la sensibilité muqueuse entraînant des fausses routes potentielles .... 1 point

COMMENTAIRES

La pathologie tumorale thyroïdienne est fréquente, elle est dans 8 à 12 % des cas maligne.

Le type de cancer thyroïdien le plus fréquent (65 % des cas) et de meilleur pronostic (95 % de survie à 10 ans) est le carcinome papillaire.

Le cancer médullaire est plus rare (5 à 10 % des cas) et de moins bon pronostic (pouvoir métastatique plus important). Il peut être isolé (= sporadique) ou s'intégrer dans une forme familiale (40 % des cas).

Il peut être isolé ou s'intégrer dans le cadre des néoplasies endocriniennes multiples (NEM) de type 2. Il convient alors de rechercher systématiquement un phéochromocytome et une hyperparathyroïdie pouvant passer inaperçus.

Devant tout nodule thyroïdien, il convient de réaliser un dosage biologique de la TSH et des hormones thyroïdiennes (T4), une échographie cervicale et une scintigraphie.

Une cytoponction échoguidée est de pratique maintenant courante pour apporter un argument supplémentaire en faveur de la nature maligne d'un nodule. Son utilisation s'avère particulièrement pertinente devant tout nodule kystique et tout nodule froid dont le diamètre est supérieur à 2 cm, par un examinateur entraîné.

Le traitement chirurgical est de règle devant tout cancer thyroïdien sauf le type anaplasique. L'importance du geste varie selon le type histologique.

Les complications post-opératoires sont rares mais pas exceptionnelles et peuvent mettre en jeu le pronostic vital (compression trachéale extrinsèque par un hématome cervical, apnée par paralysie récurrentielle bilatérale en adduction, trouble du rythme cardiaque par hypocalcémie aiguë). D'où l'importance d'en prévenir systématiquement le patient.

Dossier 35

Mr E., 48 ans, est adressé par le SAMU, suite à une chute de 6 m sur la tête dans le cadre de son travail. Aucun antécédent personnel connu. Il a perdu connaissance quelques minutes avant de retrouver ses esprits. Il arrive aux urgences une heure après le traumatisme.

Il se plaint de céphalées diffuses, de vertiges, de nausées et de vomissements. Ses collègues qui l'accompagnent disent que le patient est tombé sur la tempe gauche.

L'examen de ce patient aboutit aux constatations suivantes :

- Score de Glasgow à 13.
- Pupilles symétriques et réactives
- Reste de l'examen neurologique sans particularité.
- Nystagmus horizontorotatoire battant à droite, suivant la loi d'Alexander et diminué par la fixation oculaire
- Hémotympan gauche sans otorragie
- Plaie du scalp au niveau temporal gauche, hémorragique.
- Examen facial, thoracique, abdominal, pelvien et des membres normal.

Question 1 Que manque-t-il dans l'examen clinique de ce patient ?

Question 2 En sachant que cette partie de l'examen s'avère normale également, quel bilan préconisez-vous ?

Celui-ci met en évidence une fracture du rocher gauche, extra labyrinthique avec un trait de fracture mastoïdien en arrière et pétrosquameux en avant. Il existe une opacité de nature tissulaire emplissant de façon partielle les cavités mastoïdiennes et la cavité tympanique. Il n'y a aucune fracture ni luxation ossiculaire

---

Question 3 Comment expliquez-vous le syndrome vestibulaire périphérique ?

5 heures après le traumatisme, le patient devient incohérent. Il existe un syndrome pyramidal droit et une mydriase gauche aréactive.

Question 4 Quel est votre diagnostic ?

Question 5 En quoi consiste le traitement ?

Vous revoyez le patient 48 heures plus tard. Presque remis de son traumatisme, il se dit gêné par des vertiges persistants, notamment lorsqu'il se mouche où qu'il entend un bruit intense. Il déclare également moins bien entendre de son oreille gauche alors même que sont apparus des acouphènes de tonalité grave.

Question 6 Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments ? Quel signe pourrait le faire encore plus suspecter ?

Question 7 Quels examens complémentaires faut-il alors réaliser ?

Question 8 Quel traitement lui proposer ? Dans quel intervalle de temps ?

Vous le revoyez un mois plus tard. Il se plaint depuis son accident de sensations vertigineuses désagréables lorsqu'il n'est pas allongé. Lorsqu'il l'est, il ne peut pas tourner la tête du côté gauche sans quoi il ressent un violent vertige rotatoire durant 20 secondes environ.

Question 9 Comment expliquer ses sensations vertigineuses ?

Question 10 À quoi peuvent être dues ses crises de vertiges ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
13 points

Que manque-t-il dans l'examen clinique de ce patient ?

- Interrogatoire :
  - o existence d'une surdité/acouphène...............................3 points
  - o existence d'une douleur rachidienne cervicale...............3 points
  - o statut vaccinal contre le tétanos.......................................1 point
- Examen physique :
  - o examen du rachis..3 points
  - o acoumétrie au diapason..3 points

Question 2
8 points

En sachant que cette partie de l'examen s'avère normale également, quel bilan préconisez-vous ?

- Scanner cérébral sans injection..4 points
- Scanner des rochers..4 points

Celui-ci met en évidence une fracture du rocher gauche, extra labyrinthique avec un trait de fracture mastoïdien en arrière et pétrosquameux en avant. Il existe une opacité de nature tissulaire emplissant de façon partielle les cavités mastoïdiennes et la cavité tympanique. Il n'y a aucune fracture ni luxation ossiculaire.

Question 3
14 points

Comment expliquez-vous le syndrome vestibulaire périphérique ?

- Commotion labyrinthique :..5 points
  - o due au traumatisme crânien :
    - nystagmus horizontarotatoire de type destructif (battant du côté non atteint)......................................3 points
    - absence de signe cochléaire....................................3 points
    - fracture extralabyrinthique.......................................3 points

5 heures après le traumatisme, le patient devient incohérent. Il existe un syndrome pyramidal droit et une mydriase gauche aréactive.

Question 4
8 points

Quel est votre diagnostic ?

- Hématome extradural :..4 points
  - o aigu...2 points
  - o du côté gauche...2 points

Question 5
12 points

En quoi consiste le traitement ?

> • Urgence neurochirurgicale vitale ....3 points
> • Drainage de l'hématome par trou de trépan ou craniotomie ....3 points
> • Hémostase du ou des vaisseaux sanguins en cause ....3 points
> • Suspension de la dure-mère ....3 points

Vous revoyez le patient 48 heures plus tard. Presque remis de son traumatisme, il se dit gêné par des vertiges persistants, notamment lorsqu'il se mouche où qu'il entend un bruit intense. Il déclare également moins bien entendre de son oreille gauche alors même que sont apparus des acouphènes de tonalité grave

Question 6
16 points

Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments ? Quel signe pourrait le faire encore plus suspecter ?

> • Diagnostic : fistule périlymphatique....................................5 points
> • Arguments en faveur du diagnostic :
>   o fracture du rocher extralabyrinthique.............................2 points
>   o survenue secondaire d'une surdité + vertiges + acouphènes ....2 points
>   o survenue de vertiges lors de manœuvres augmentant la pression du LCR (mouchage)..................2 points
>   o survenue de vertiges lors de bruits intenses (phénomène de Tullio)..2 points
> • Signe physique : signe de la fistule = compression rapide du tragus contre le méat acoustique externe entraînant un vertige avec nystagmus battant du côté stimulé ....3 points

Question 7
8 points

Quels examens complémentaires faut-il alors réaliser ?

> • Audiogramme tonal..4 points
> • Examen vestibulaire calorique calibré – vidéonystagmographie..4 points

Question 8
10 points

Quel traitement lui proposer ? Dans quel intervalle de temps ?

> • Intervention chirurgicale :..2 points
>   o exploration de la caisse du tympan et notamment de l'articulation stapédovestibulaire ....2 points
>   o pour confirmation diagnostique ....2 points
>   o puis colmatage ....2 points
> • Délai : urgence fonctionnelle si l'audition est nettement abaissée ....2 points

Vous le revoyez un mois plus tard. Il se plaint depuis son accident de sensations vertigineuses désagréables lorsqu'il n'est pas allongé. Lorsqu'il l'est, il ne peut pas tourner la tête du côté gauche sans quoi il ressent un violent vertige rotatoire durant 20 secondes environ.

Question 9
6 points

Comment expliquer ses sensations vertigineuses ?

- Compensation centrale lente du fait du traumatisme crânien ....3 points
- Syndrome post-commotionnel des traumatisés crâniens .....3 points

Question 10
5 points

À quoi peuvent être dues ses crises de vertiges ?

- Vertige paroxystique positionnel bénin post-traumatique...5 points

COMMENTAIRES

Tout traumatisé crânien est, jusqu'à preuve du contraire un traumatisé rachidien, notamment cervical.

Une fracture du rocher nécessite un choc assez violent : elle se rencontre essentiellement chez des sujets comateux.

On distingue les fractures du rocher extralabyrinthiques, les plus fréquentes des fractures translabyrinthiques au pronostic fonctionnel plus réservé (surdité de perception, acouphène, vertiges, paralysie faciale).

L'intervalle libre, durée asymptomatique séparant la perte de connaissance initiale des signes neurologiques secondaires, n'est pas si fréquente que cela. L'apparition de signes neurologiques au décours d'un traumatisme crânien est une indication formelle à la réalisation d'un scanner cérébral, seul examen en mesure de faire le diagnostic d'hématome extradural.

La fistule périlymphatique met en communication la cavité tympanique avec le liquide périlymphatique. Elle peut être d'origine traumatique comme ici ou ostéolytique comme dans les cholestéatomes de l'oreille moyenne.

Classiquement, elle se manifeste par des vertiges itératifs, exacerbés par le mouchage ou la manœuvre de Valsalva, accompagnés par une surdité fluctuante et des acouphènes.

L'audiogramme tonal montre alors une surdité mixte ou de perception, les examens vestibulaires une hypo ou aréflexie.

Un traitement chirurgical précoce peut restaurer l'audition et fait souvent disparaître les vertiges.

Dossier 36

Sofiane, 2 mois, est adressé en urgence pour dyspnée inspiratoire avec tirage sus-claviculaire, survenue il y a 2 heures, brutalement dans la nuit. Aucun antécédent particulier si ce n'est une rhinopharyngite depuis 48 heures, traitée de façon symptomatique. Aucune dysphagie, bonne croissance pondérale.

Ses parents sont affolés devant le tableau : sueurs, cornage typique, tirage sus-claviculaire, bradypnée, tachycardie à 180/min, fièvre à 38,2 °C. Le pédiatre, également affolé, pense qu'il s'agit d'une laryngomalacie. Il vous a donc appelé pour que vous fassiez une fibroscopie en urgence. Il a également fait appel au réanimateur.

Question 1 Qu'est-ce qu'une laryngomalacie ?

Question 2 Que pensez-vous de l'hypothèse du pédiatre et de l'idée de faire une fibroscopie ?

Question 3 Citer les signes de gravité de cette dyspnée.

Question 4 Où se situe l'obstacle ? Quels sont vos arguments ?

Question 5 Que faites-vous dans un premier temps ?

Il a été conclu à une laryngite dyspnéisante grave. Vous revoyez Sofiane 3 jours après, en parfaite santé. Vous autorisez la sortie.

Question 6 Quel traitement prévoyez-vous ?

Question 7 Y a-t-il indication à revoir Sofiane en consultation ? Pourquoi ?

L'examen de contrôle à 8 jours est rassurant mais d'après vous, Sofiane souffre d'un reflux gastro-œsophagien.

Question 8 Que préconisez-vous ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
8 points

Qu'est-ce qu'une laryngomalacie ?

- Hyperlaxité....................2 points
- Des cartilages supraglottiques....................2 points
- Entraînant à l'inspiration....................2 points
- Un collapsus de l'entonnoir laryngé....................2 points

Question 2
15 points

Que pensez-vous de l'hypothèse du pédiatre et de l'idée de faire une fibroscopie ?

- Hypothèse du pédiatre :
  - mauvaise....................2 points
  - car il s'agit d'une pathologie néonatale....................4 points
  - survenant en règle dans les 5 ou 10 premiers jours de vie....................3 points
- Toute exploration de l'arbre respiratoire est contre-indiquée du fait de l'état clinique inquiétant du nourrisson....................6 points

Question 3
12 points

Citer les signes de gravité de cette dyspnée.

- Âge < 6 mois....................2 points
- Durée de l'épisode > 1 h....................2 points
- Bradypnée....................2 points
- Signe de lutte = tirage....................2 points
- Signes d'hypercapnie....................2 points
  - tachycardie....................1 point
  - sueurs....................1 point

Question 4
10 points

Où se situe l'obstacle ? Quels sont vos arguments ?

- Niveau de l'obstacle = étage infraglottique :....................4 points
  - dyspnée inspiratoire....................2 points
  - cornage....................2 points
  - tirage sus-claviculaire....................2 points

Question 5
17 points

Que faites-vous dans un premier temps ?

- Urgence thérapeutique...2 points
- Hospitalisation en réanimation ....3 points
- Intubation orotrachéale sans tarder –
  ventilation assistée..4 points
- Corticothérapie parentérale ....4 points
- Antibiothérapie de couverture...2 points
- Surveillance des paramètres de l'oxymétrie ....2 points

Il a été conclu à une laryngite dyspnéisante grave. Vous revoyez Sofiane 3 jours après, en parfaite santé. Vous autorisez la sortie.

Question 6
9 points

Quel traitement prévoyez-vous ?

- Corticothérapie orale à prolonger 5 jours à la dose
  de 1 mg/kg/j...3 points
- Antibiothérapie de couverture à prolonger 5 jours............2 points
- Épaississement de l'alimentation
  (éviter les fausses-routes)...2 points
- Désinfection rhinopharyngée ....2 points

Question 7
16 points

Y a-t-il indication à revoir Sofiane en consultation ? Pourquoi ?

- Oui : ....4 points
  - o du fait de l'âge...2 points
  - o à la recherche d'une cause locale :................................4 points
    - – hémangiome sous glottique.......................................4 points
    - – sténose sous glottique..2 points

L'examen de contrôle à 8 jours est rassurant mais d'après vous, Sofiane souffre d'un reflux gastro-œsophagien.

Question 8
13 points

Que préconisez-vous ?

- Réalisation d'une pH-métrie des 24 h ....4 points
- Si reflux gastro-œsophagien avéré, le traiter :
  - o épaississement de l'alimentation....................................3 points
  - o Proclive 30° ....3 points
  - o traitement anti-acide ....3 points

COMMENTAIRES

Le premier réflexe à avoir devant toute dyspnée (inspiratoire ou expiratoire) est de juger de sa gravité. Plusieurs signes cliniques permettent de rapidement l'estimer.

Le deuxième réflexe est de situer le niveau de l'obstacle pour apporter le traitement le plus efficace.

La dyspnée laryngée est avant tout une bradypnée inspiratoire avec tirage et, le plus souvent, un bruit laryngé selon que l'obstacle se situe au niveau glottto-sous-glottique (cornage) ou au niveau sus-glottique (stridor).

La dyspnée du nourrisson est de fait grave car les réserves en oxygène d'un petit organisme et ses capacités de lutte sont limitées.

L'étiologie d'une dyspnée varie selon l'âge de l'enfant.

Parmi les causes les plus fréquentes, on peut retenir la laryngite glotto-sous-glottique, le corps étranger bronchique, la bronchiolite et la crise d'asthme.

D'autres causes, plus rares, se distinguent soit par leur gravité (sténoses laryngées congénitales, laryngite herpétique néonatale, laryngite diphtérique, épiglottite, certains lymphangiomes cervicaux), soit par leur singularité et leur bon pronostic (laryngomalacie, hémangiome sous-glottique).

Dossier 37

Souleymane, 5 ans, originaire du Niger, vous est adressé par les services municipaux de la PMI pour une tuméfaction parotidienne droite fébrile et douloureuse. Ses antécédents et son calendrier vaccinal sont inconnus tout comme le début des symptômes.

Actuellement, il a manifestement très mal à l'oreille droite et refuse qu'on lui touche la région adjacente. Votre examen retrouve un état général conservé, des tympans normaux, un trismus modéré, une fièvre à 39,2 °C, un orifice de Sténon inflammatoire mais sans pus et une collection de ganglions cervicaux bilatéraux.

Question 1 Compte tenu du tableau clinique et de l'origine de l'enfant, quels sont les diagnostics possibles ?

Question 2 Que recherchez-vous à la palpation parotidienne ?

Question 3 Quels examens complémentaires entreprenez-vous pour éliminer les diagnostics différentiels ?

Question 4 L'étiologie semble bactérienne. Quel traitement préconisez-vous ?

Vous revoyez Souleymane 2 mois après, avec le même tableau clinique alors que le traitement entrepris l'avait guéri complètement.

Question 5 Quels examens complémentaires effectuez-vous ?

Question 6 Quels sont les diagnostics à évoquer devant cette parotidite unilatérale récidivante ?

Question 7 Sur quel argument radiologique pathognomonique repose le diagnostic ?

Question 8 Quel traitement lui proposer pour éviter une 2e récidive ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
16 points

Compte tenu du tableau clinique et de l'origine de l'enfant, quels sont les diagnostics possibles ?

- Parotidite bactérienne ....3 points
- Parotidite virale : ....2 points
  - oreillons ....3 points
  - VIH ....2 points
- Sialite tuberculeuse ou autres mycobactéries ....3 points
- Lymphome ....3 points

Question 2
10 points

Que recherchez-vous à la palpation parotidienne ?

- Fluctuation : ....6 points
  - en faveur d'un abcès ....4 points

Question 3
15 points

Quels examens complémentaires entreprenez-vous pour éliminer les diagnostics différentiels ?

- Numération formule sanguine ....3 points
- Sérologies : ....3 points
  - virus ourlien
  - VIH
- Intradermoréaction ....3 points
- Radiographie de thorax ....3 points
- Échographie parotidienne ....3 points

Question 4
16 points

L'étiologie semble bactérienne. Quel traitement préconisez-vous ?

- Ambulatoire ....2 points
- Hydratation ....1 point
- Antalgiques – antipyrétiques ....2 points
- AINS contre-indiqués ....1 point
- Sialogogues (éséridine [GÉNÉSÉRINE®]) ....2 points
- Antibiothérapie probabiliste, à large spectre, active sur les germes habituels de la cavité orale, à bonne diffusion salivaire, sur 10-15 j : ....4 points
  - amoxicilline – acide clavulanique ....2 points
  - en cas d'allergie aux pénicillines, spiramycine – métronidazole (RODOGYL®) ....2 points

Vous revoyez Souleymane 2 mois après, avec le même tableau clinique alors que le traitement entrepris l'avait guéri complètement

Question 5
12 points

Quels examens complémentaires effectuez-vous ?

- Sialographie ....6 points
- IRM de la parotide ....6 points

Question 6
12 points

Quels sont les diagnostics à évoquer devant cette parotidite unilatérale récidivante ?

- Parotidite bactérienne récidivante de l'enfant (*Juvenile recurrent parotidis*) ....6 points
- Kyste de la première fente branchiale................................6 points

Question 7
6 points

Sur quel argument radiologique pathognomonique repose le diagnostic ?

- Signe pathognomonique de la sialographie : image de « pommier en fleurs »..6 points

Question 8
13 points

Quel traitement lui proposer pour éviter une 2e récidive ?

- Pas d'indication chirurgicale du fait de l'évolution spontanément favorable à la puberté ....5 points
- Antibiothérapie par cathétérisme du Sténon à base de pénicilline ou de spiramycine ....8 points

COMMENTAIRES

Les oreillons peuvent commencer par une hypertrophie unilatérale inflammatoire de la parotide. On retrouve assez souvent une otalgie réflexe, une polyadénopathie cervicale inflammatoire et une fébricule. La forte fièvre et le trismus ne plaident pas en faveur de ce diagnostic.

Le diagnostic des oreillons est clinique. En cas de doute diagnostique, 2 examens complémentaires sont utiles : l'isolement du virus dans la salive, le liquide céphalo-rachidien ou les urines ; les sérologies à paramyxovirus à 15 jours d'intervalle.

La parotidite à VIH peut être due à au moins 2 mécanismes différents :

- hyperplasie parotidienne simple par syndrome lymphoprolifératif,
- hyperplasie lymphoïde kystique.

Le scanner n'a que peu d'intérêt dans l'exploration des pathologies parotidiennes sauf en cas d'abcès. L'échographie comme examen de débrouillage et l'IRM pour l'exploration des tumeurs trouvent toute leur place.

Le traitement des parotidites bactériennes récidivantes de l'enfant est celui d'une parotidite aiguë bactérienne en cas de poussée. Un traitement « préventif » est à proposer en cas de récidives fréquentes et repose sur le cathétérisme du Sténon par des antibiotiques jouant alors le rôle d'anti-infectieux locaux. Le lipiodol, autrefois utilisé, n'a plus l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication.

Il n'y a aucune indication opératoire dans ce cadre pathologique du fait de la bonne évolution « naturelle » de la maladie en période pubertaire.

Dossier 38

Mr Y., 50 ans, vous est adressé par son médecin traitant, pour dysphagie aux solides depuis environ 2 mois associée à une otalgie gauche. C'est un patient aux multiples antécédents puisqu'il est atteint d'une cardiopathie ischémique, d'une artériopathie des membres inférieurs, d'une hépatite C chronique post-transfusionnelle et d'une dépression.

L'examen du pharynx et du larynx montre une tumeur ulcérobourgeonnante de la paroi latérale du récessus piriforme gauche, restant à distance du pilier postérieur de l'amygdale gauche et sans extension vers le larynx, par ailleurs de mobilité conservée

Question 1 Qu'est-ce que le récessus piriforme ?

Question 2 Que manque-t-il dans votre examen clinique ?

Question 3 Quelle est l'autre cause de dysphagie « haute » à laquelle il faut penser chez ce patient ? Pourquoi ?

Question 4 Quel bilan paraclinique effectuez-vous ?

Celui-ci permet de classer la tumeur T2N0M0. Il s'agit d'un carcinome épidermoïde moyennement différencié et infiltrant.

Question 5 Quel traitement proposez-vous ?

Question 6 Sur quels éléments se décide, dans ce cas, une radiothérapie externe ?

Vous revoyez le patient 1 an et demi après l'avoir régulièrement suivi. Il va très bien et vous montre la radiographie thoracique que vous lui avez prescrite.





Question 7 Que suspectez-vous ?

Question 8 Quels examens complémentaires envisagez-vous ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
9 points

Qu'est-ce que le récessus piriforme ?

Récessus piriforme (= sinus piriforme = gouttière pharyngolaryngée)
- Parties latérales de l'hypopharynx ....1 point
- Adjacentes au larynx situé médialement ....2 points
- Virtuelles au repos, s'ouvrant au passage alimentaire ....2 points
- Comprenant :
  - o une paroi externe ....0,5 point
  - o une paroi interne = mur pharyngolaryngé....................0,5 point
  - o un angle antérieur ....0,5 point
  - o un fond ....0,5 point
- Les fonds de chaque récessus se confondent juste au-dessus de la bouche œsophagienne, formant un entonnoir ....2 points

Question 2
17 points

Que manque-t-il dans votre examen clinique ?

- Interrogatoire :
  - o notion d'alcoolotabagisme chronique ....2 points
  - o existence d'une symptomatologie de reflux gastro-œsophagien ....1 point
  - o existence de signes associés :
    - dysphonie ....1 point
    - dyspnée ....1 point
    - toux...1 point
    - crachats sanglants..1 point
- Examen physique :
  - o palpation cervicale :...2 points
    - reliefs laryngés ....1 point
    - douleurs laryngées ....1 point
    - adénopathies...2 points
  - o examen de la cavité orale (inspection + palpation).......2 points
  - o examen de l'oropharynx (inspection + palpation) ....2 points

Question 3
10 points

Quelle est l'autre cause de dysphagie « haute » à laquelle il faut penser chez ce patient ? Pourquoi ?

- Autre cause possible : cancer du tiers supérieur de l'œsophage : ....4 points
  - o même terrain ....2 points
  - o se manifestant le plus souvent par une dysphagie isolée ....2 points
  - o contre-indiquant une chirurgie partielle pharyngée ....2 points

Question 4
27 points

Quel bilan paraclinique effectuez-vous ?

- Locorégional : ....1 point
  - o panendoscopie des voies aérodigestives supérieures sous anesthésie générale : ....4 points
    - – appréciation précise du siège et des limites de la lésion tumorale ....1 point
    - – recherche d'une seconde localisation ....1 point
    - – pratique des biopsies pour analyse histologique et confirmation diagnostique ....2 points
    - – comprenant œsophagoscopie + bronchoscopie ....1 point
  - o scanner cervical sans et avec injection : ....2 points
    - – appréciation de l'extension extrapharyngée (cartilage +++, vaisseaux) ....1 point
    - – appréciation des adénopathies : nombre, taille, situation, aspect nécrotique ....2 points
- À distance : recherche de métastases : ....1 point
  - o radiographie thoracique : ....1 point
    - – scanner thoracique en cas d'anomalie........................1 point
  - o échographie hépatique ....1 point
  - o bilan biologique hépatique ....1 point
  - o selon signes cliniques : scanner cérébral, scintigraphie osseuse ....1 point
- Préthérapeutique : ....1 point
  - o état nutritionnel :
    - – clinique (perte de poids, inspection des téguments) ...1 point
    - – biologique (protidémie, albuminémie) ....1 point
  - o état dentaire en vue d'une éventuelle radiothérapie : .....1 point
    - – consultation spécialisée, panoramique dentaire ....1 point
  - o opérabilité : consultation d'anesthésie ....1 point

Celui-ci permet de classer la tumeur T2N0M0. Il s'agit d'un carcinome épidermoïde moyennement différencié et infiltrant

Question 5
13 points

Quel traitement proposez-vous ?

- Traitement proposé : décision d'un staff multidisciplinaire (ORL, oncologues, radiologues, anatomopathologistes) :..2 points
  - o exérèse chirurgicale : traitement le plus performant : ....4 points
    - – pharyngectomie partielle par pharyngotomie latérale ....2 points
    - – évidement latérocervical gauche sélectif emportant les groupes I, II, III, IV, V et VI ....2 points
  - o chimiothérapie néo-adjuvante contre-indiquée du fait de son état cardiaque..1 point
  - o radiothérapie complémentaire selon les résultats histologiques de la pièce opératoire ....2 points

Question 6
10 points

Sur quels éléments se décide, dans ce cas, une radiothérapie externe ?

- Lymphophilie suspectée de la tumeur .... 1 point
- Histologie du site tumoral : .... 2 points
  - o berges d'exérèse envahies .... 1 point
  - o présence d'embols vasculaires .... 1 point
  - o présence d'engainements périnerveux .... 1 point
- Histologie des ganglions .... 2 points
  - o nombre de ganglions envahis .... 1 point
  - o existence d'une rupture capsulaire .... 1 point

Vous revoyez le patient 1 an et demi après l'avoir régulièrement suivi. Il va très bien et vous montre la radiographie thoracique que vous lui avez prescrite.

Question 7
8 points

Que suspectez-vous ?

- Suspicion diagnostique sur cette image nodulaire du lobe supérieur gauche : .... 2 points
  - o seconde localisation métachrone .... 3 points
  - o cancer bronchopulmonaire d'un autre type .... 3 points

Question 8
6 points

Quels examens complémentaires envisagez-vous ?

- Scanner thoracique sans et avec injection .... 3 points
- Fibroscopie bronchique avec biopsies .... 3 points

COMMENTAIRES

Définition du récessus piriforme selon l'Académie Nationale de Médecine : « formation paire et symétrique de l'hypopharynx constituée par l'invagination de la muqueuse entre le tube laryngé en dedans, le cartilage thyroïde en dehors et le cartilage cricoïde en bas ».

La France est le pays au monde où l'incidence des carcinomes épidermoïdes des sinus piriformes est la plus élevée.

La plupart du temps, il s'agit de tumeurs déjà bien évoluées (T3 ou T4) car ne devenant symptomatique qu'au bout de plusieurs mois d'évolution. Sans compter la négligence des patients alcoolotabagiques chroniques.

La lymphophilie de ce site tumoral est importante ce qui explique la fréquence des adénopathies cervicales métastatiques (80 % des cas) et leur mauvais pronostic.

Un carcinome des VADS a dans 10 à 20 % des cas une seconde localisation synchrone dont la recherche doit être systématique.

Le scanner thoracique tend à supplanter la radiographie du thorax.

L'examen de la cavité orale comprend l'inspection et la palpation de :

1. lèvres
2. joues
3. gencives
4. dents
5. langue
6. plancher buccal
7. palais osseux
8. trigone rétromolaire
9. commissure intermaxillaire

L'examen de l'oropharynx comprend l'inspection et la palpation de :

1. loges amygdaliennes : amygdales, ogives, piliers antérieurs et postérieurs, région sous amygdalienne
2. sillons glosso-amygdaliens
3. base de langue/vallécule
4. paroi pharyngée postérieure
5. voile du palais

Les dysphagies hautes connaissent un grand nombre de causes. L'interrogatoire est capital pour orienter la recherche étiologique.

Autres causes de dysphagie haute :

- Atteinte pharyngée ou laryngée
  1. corps étranger
  2. pharyngites, angines
  3. épiglottite
  4. abcès parapharyngé
  5. diverticule pharyngo-œsophagien
  6. spasme du muscle cricopharyngien
  7. sténose caustique

- Atteinte du tiers supérieur de l'œsophage :
  1. corps étranger
  2. œsophagite :
     a. infectieuse
     b. corrosive : reflux gastro-œsophagien
     c. post-radique
     d. syndrome de Plummer Vinson
  3. cancer
  4. sténose caustique
  5. compression extrinsèque :
     a. cancers de voisinage : thyroïde, adénopathies métastatiques cervicales, trachée, parathyroïde, tumeurs médiastinales
     b. anomalies anatomiques :
        1. dysphagia lusoria
        2. atrésies œsophagiennes
  6. pathologies motrices :
     a. achalasie
     b. œsophage « casse-noisette »
     c. maladie des spasmes diffus
- Atteinte rachidienne

  Hyperostose squelettique idiopathique diffuse cervicale (= maladie de Forestier)
- Atteinte neurologique centrale
  1. accident vasculaire du tronc cérébral
  2. sclérose latérale amyotrophique
  3. poliomyélite
  4. sclérose en plaque
- Atteinte neurologique périphérique :
  1. atteinte élective du nerf vague
  2. polyradiculonévrites
- Atteinte musculaire :
  1. myasthénie
  2. myopathies
  3. myosites, polymyosites

L'absence initiale d'adénopathies rend plus vraisemblable le diagnostic de seconde localisation métachrone que de métastase à distance. La distinction est importante en terme de pronostic.

Dossier 39

Mr Q., 35 ans, vient vous voir pour ce qu'il décrit être une sinusite chronique. Il se plaint depuis environ 2 ans de mal respirer par le nez, raison pour laquelle il a été opéré du nez il y a un an mais sans résultat. Il se plaint par ailleurs de périodes d'écoulement des 2 fosses nasales et des crachats en provenance de la gorge. Par moment, il décrit des céphalées frontales, plutôt matinales sans autre douleur de la face.

L'examen endonasal montre l'existence de 2 polypes d'aspect rassurant du méat moyen droit et un œdème du méat moyen gauche. Les fentes olfactives ne sont pas visibles.

Son médecin traitant lui a prescrit un scanner du massif facial effectué 3 mois plus tôt.





Question 1 Par quelles structures est limitée la fente olfactive ?

Question 2 Quelles sont les questions à poser au patient, compte tenu du tableau clinique et des images scanagraphiques.

Question 3 Analyser les données du scanner du massif facial.

Question 4 Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments.

Question 5 Effectuez-vous des examens complémentaires ? Si oui, lesquels ? Sinon, pourquoi ?

Question 6 Quel traitement entreprenez-vous ?

Question 7 Vous le revoyez au bout de 3 mois. Quels sont les éléments de surveillance ?

Question 8 12 mois après, il se dit peu amélioré. Vous portez l'indication opératoire. Quel geste devez-vous effectuer ?

Question 9 Quels sont les risques opératoires qu'il faut porter à la connaissance du patient ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
8 points

Par quelles structures est limitée la fente olfactive ?

- En haut : lame criblée de l'ethmoïde au niveau de la gouttière olfactive....................2 points
- En bas : bord inférieur du cornet moyen....................2 points
- En dedans : septum....................2 points
- En dehors : face médiale du cornet moyen....................2 points

Question 2
13 points

Quelles sont les questions à poser au patient, compte tenu du tableau clinique et des images scanographiques.

- Antécédents médicaux, en particulier :
  - o asthme....................2 points
  - o allergie....................1 point
  - o intolérance à l'aspirine....................2 points
  - o soins dentaires....................1 point
  - o médicaments utilisés, leur fréquence, leur efficacité.........1 point
- Symptomatologie associée :
  - o troubles de l'odorat/du goût....................2 points
  - o épistaxis....................1 point
  - o éternuements....................1 point
  - o douleur dentaire....................1 point
  - o symptômes oculaires....................1 point

Question 3
9 points

Analyser les données du scanner du massif facial.

- Coupe horizontale et coupe coronale....................1 point
- Séquelle de turbinectomie inférieure droite....................1 point
- Opacité partielle et diffuse du labyrinthe ethmoïdal :........3 points
  - o bilatérale....................1 point
  - o symétrique....................1 point
- Opacité complète des 2 sinus maxillaires....................1 point
- Épaississement muqueux des 2 sinus sphénoïdaux..............1 point

Question 4
15 points

Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments.

- Diagnostic : polypose nasosinusienne ....5 points
- Arguments :
  - o antécédents :
    - – inefficacité du traitement chirurgical préalable...........1 point
  - o symptomatologie :
    - – obstruction nasale..1 point
    - – rhinorrhée postérieure ....1 point
  - o signe physique :
    - – existence de polypes ....2 points
    - – de façon bilatérale...1 point
    - – au niveau des méats moyens ....1 point
  - o imagerie :
    - – opacités ethmoïdales bilatérales et symétriques........3 points

Question 5
12 points

Effectuez-vous des examens complémentaires ? Si oui, lesquels ? Sinon, pourquoi ?

- Oui ....2 points
- Recherche d'une allergie :..2 points
  - o enquête allergologique..1 point
  - o tests multi-allergéniques type PHADIATOP®...................1 point
  - o tests cutanés orientés selon les résultats de l'enquête......1 point
- Recherche d'un asthme sous-jacent : ....2 points
  - o explorations fonctionnelles respiratoires : ....2 points
    - – avec test à la métacholine ....1 point

Question 6
12 points

Quel traitement entreprenez-vous ?

- D'attaque :...2 points
  - o corticothérapie orale :..2 points
    - – de courte durée (7-8 jours)..1 point
    - – à la dose de 1 mg/kg/j
- D'entretien = traitement chronique (plus de 6 mois)...........2 points
  - o lavage des fosses nasales, soigneux, régulier, 2 à 3 fois par jour ....2 points
  - o corticothérapie locale sous forme de pulvérisation nasale, 1 heure après les lavages : 1 pulvérisation dans chaque fosse nasale matin et soir ....3 points

Question 7
10 points

Vous le revoyez au bout de 3 mois. Quels sont les éléments de surveillance ?

- Tolérance du traitement (corticothérapie locale) : ....1 point
  - o sécheresse nasale ....1 point
  - o épistaxis..0,5 point
  - o picotements..0,5 point
- Efficacité du traitement : ....2 points
  - o de la corticothérapie générale ....1 point
  - o de la corticothérapie locale (maintien de l'amélioration symptomatique obtenue grâce à la corticothérapie générale)...............................1 point
  - o sur quels symptômes ?..2 points
  - o apparition d'autres symptômes ? ....1 point

Question 8
6 points

12 mois après, il se dit peu amélioré. Vous portez l'indication opératoire. Quel geste devez-vous effectuer ?

- Ethmoïdectomie totale endonasale bilatérale.....................6 points

Question 9
15 points

Quels sont les risques opératoires qu'il faut porter à la connaissance du patient ?

- De l'anesthésie générale...1 point
- Propres à ce genre de chirurgie :
  - o blessure de l'artère sphénopalatine :................................1 point
    - épistaxis..1 point
  - o blessure de l'artère carotide interne : ....1 point
    - épistaxis massive, décès..1 point
  - o blessure de l'orbite :..1 point
    - pneumorbite ....0,5 point
    - hématome orbitaire (risque de cécité) ....1 point
  - o blessure des voies lacrymales :...1 point
    - épiphora ....0,5 point
    - dacryocystite...1 point
  - o blessure du nerf optique : ....1 point
    - cécité..1 point
  - o blessure du toit ethmoïdal :..1 point
    - anosmie...1 point
    - fuite de liquide céphalo-rachidien, méningite ....1 point

COMMENTAIRES

La polypose nasosinusienne (PNS) est une pathologie fréquente à connaître dans le cadre des sinusites chroniques de nature inflammatoire.

Il s'agit d'une dégénérescence œdémateuse multifocale de la muqueuse sinusienne ethmoïdale, se manifestant sous la forme de polypes translucides situés dans les méats ethmoïdaux et pouvant se prolaber dans la fosse nasale.

La PNS se manifeste par un riche cortège de signes rhinosinusiens, notamment l'obstruction nasale et la rhinorrhée postérieure. Les troubles quantitatifs de l'odorat (de l'hyposmie à l'anosmie) et du goût (agueusie) sont particulièrement évocateurs.

Les céphalées frontales ici rapportées peuvent être le signe d'une obstruction nasale nocturne ou d'un trouble de la perméabilité du canal nasofrontal par l'œdème muqueux.

Il n'y a pas de parallélisme entre l'intensité des symptômes et la taille des polypes.

La PNS n'est pas liée à l'allergie.

25 à 50 % des patients atteints d'une PNS sont asthmatiques, ce que les patients ne savent pas toujours.

10 à 15 % des PNS sont à intégrer dans le syndrome de Fernand Widal :

- PNS,
- asthme non allergique,
- intolérance à l'aspirine.

La constatation d'une PNS chez un enfant doit conduire à la recherche d'une mucoviscidose ou d'une maladie ciliaire

La PNS ne dégénère jamais.

Maladie chronique, son traitement est également chronique et repose principalement sur la corticothérapie locale. Des corticothérapies générales en cure courtes sont possibles à hauteur de 2 fois par an. Au-delà, il s'agit d'une corticodépendance qui expose aux complications de la corticothérapie au long cours. L'indication opératoire est alors licite.

Dossier 40

Grégoire, 3 ans, vient d'avaler une des bagues de sa maman, « pour voir quel goût elle avait ». C'était il y a 1 heure. Ses parents inquiets sont vite venus aux urgences.

Grégoire paraît asymptomatique. En particulier, il ne se plaint d'aucune douleur. Il n'a aucun antécédent particulier et est à jeun depuis 3 heures.

Une radiographie thoracique est effectuée.



Question 1 Que faut-il rechercher à l'interrogatoire ?

Question 2 Quel signe, outre les douleurs, aurait pu faire suspecter une mauvaise tolérance ?

Question 3 À quel niveau se situe la bague ?

Question 4 Quelle est votre attitude initiale ?

Question 5 Une radiographie est effectuée 3 heures après. La bague n'a pas bougé. Quelle est votre décision à ce moment ?

Question 6 De quoi informez-vous les parents ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
14 points

Que faut-il rechercher à l'interrogatoire ?

- Antécédent de malformation congénitale de l'œsophage (atrésie) .... 4 points
- Syndrome de pénétration .... 6 points
- Existence d'une toux depuis l'ingestion de la bague .... 4 points

Question 2
8 points

Quel signe, outre les douleurs, aurait pu faire suspecter une mauvaise tolérance ?

- Hypersialorrhée .... 8 points

Question 3
12 points

À quel niveau se situe la bague ?

- Portie thoracique : .... 4 points
  - o de l'œsophage .... 4 points
  - o 1/3 supérieur .... 4 points

Question 4
28 points

Quelle est votre attitude initiale ?

- Surveillance hospitalière : .... 5 points
  - o clinique .... 5 points
  - o radiologique .... 5 points
- Laisser à jeun .... 5 points
- Spasmolytique : .... 5 points
  - o type phloroglucinol (SPASFON®) en suppositoire .... 3 points

Question 5
14 points

Une radiographie est effectuée 3 heures après. La bague n'a pas bougé. Quelle est votre décision à ce moment ?

- Blocage œsophagien :
  - o indication à une extraction de la bague .... 5 points
  - o par œsophagoscopie .... 5 points
  - o sous anesthésie générale .... 4 points

Question 6
24 points

De quoi informez-vous les parents ?

- Sur les risques de laisser en place la bague : ....3 points
  - o dysphagie..4 points
  - o perforation œsophagienne..4 points
  - o médiastinite ....2 points
- Sur les risques de l'œsophagoscopie : ....3 points
  - o risques propres de l'anesthésie générale ....4 points
  - o perforation œsophagienne lors de l'extraction ....4 points

COMMENTAIRES

Pathologie fréquente en pédiatrie, le corps étranger œsophagien peut exposer au risque de perforation œsophagienne et de médiastinite ce qui en fait toute sa dangerosité.

Tout comme le corps étranger bronchique, c'est l'enfant de moins de 5 ans qui représente la tranche d'âge la plus fréquemment touchée.

Le corps étranger le plus fréquent est la pièce de monnaie.

Il est possible d'attendre quelques heures, laissant à la motricité œsophagienne la possibilité de faire descendre le corps étranger. Cela ne se conçoit que si ce dernier est bien toléré par l'enfant.

La prévention passe par une information régulière et répétée des parents.

Dossier 41

Dossier ECN – 2004

Un jeune homme de 20 ans, 70 kg, vient vous consulter pour l'apparition depuis 24 h d'une douleur de gorge aggravée par la déglutition. Ce matin, il avait une température à 38,5 °C. À l'examen, vous constatez : un pouls à 90/min, une pression artérielle à 110/60 mmHg, des amygdales tuméfiées, rouges, plusieurs adénopathies sous-digastriques sensibles à la palpation.

Question 1 Quel diagnostic évoquez-vous ?

Vous réalisez un test de diagnostic rapide (TDR). Ce TDR est positif.

Question 2 Quel traitement prescrivez-vous (avec la posologie) ?

Vous le revoyez 48 heures plus tard pour intensification de l'odynophagie et apparition d'une gêne respiratoire aggravée par la position couchée.

La reprise de l'interrogatoire vous apprend qu'il est rentré il y a 4 jours d'Ukraine où il a séjourné 3 mois dans le cadre d'un stage. Il se plaint d'une asthénie depuis déjà plusieurs jours. Sa voix est nasonnée.

Votre examen montre une pâleur, une fièvre à 39 °C, des amygdales volumineuses recouvertes d'un enduit blanc nacré, facile à décoller avec abaisse-langue, un purpura pétéchial sur le voile du palais, des adénopathies occipitales, sous-digastriques et axillaires bilatérales, une splénomégalie palpable en inspiration profonde. Le diagnostic initial est remis en cause.

Question 3 Comment expliquez-vous le résultat du TDR il y a 2 jours ?

Question 4 Argumentez les hypothèses diagnostiques que vous évoquez. Au final, laquelle retenez-vous ?

Question 5 Quel bilan complémentaire proposez-vous en première intention pour étayer cette hypothèse ?

Un ictère cutané et conjonctival apparaît au 5[e] jour, avec une coloration foncée des urines, sans décoloration des selles.

Question 6 Quelle complication évoquez-vous ?

Question 7 Comment la confirmez-vous ?

Question 8 Comment traitez-vous cette complication ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1 Quel diagnostic évoquez-vous ?

- Angine aiguë érythémateuse bilatérale

Question 2 Vous réalisez un test de diagnostic rapide (TDR). Ce TDR est positif. Quel traitement prescrivez-vous (avec la posologie) ?

- Étiologique : antibiothérapie *per os* active sur le streptocoque ß-hémolytique du groupe A :
  - o pénicilline A orale (amoxicilline) 1 g x 2 par jour pendant 6 jours
  - o en cas d'allergie à la pénicilline, macrolide type josamycine (JOSACINE®) 1 g x 2 par jour pendant 5 jours
- Symptomatique = antalgie :
  - o paracétamol (500 mg) associé éventuellement à la codéine (30 mg) si douleur importante, sous forme de comprimés effervescents : 1 à 2 cp selon douleur jusqu'à 6 par jour
  - o régime alimentaire adapté, type lacté froid tant que la douleur est importante
  - o contre-indication des anti-inflammatoires
- Arrêt de travail pour 7 jours.

Vous le revoyez 48 heures plus tard pour intensification de l'odynophagie et apparition d'une gêne respiratoire aggravée par la position couchée.

La reprise de l'interrogatoire vous apprend qu'il est rentré il y a 4 jours d'Ukraine où il a séjourné 3 mois dans le cadre d'un stage. Il se plaint d'une asthénie depuis déjà plusieurs jours. Sa voix est nasonnée.

Votre examen montre une pâleur, une fièvre à 39 °C, des amygdales volumineuses recouvertes d'un enduit blanc nacré, facile à décoller avec abaisse-langue, un purpura pétéchial sur le voile du palais, des adénopathies occipitales, sous-digastriques et axillaires bilatérales, une splénomégalie palpable en inspiration profonde. Le diagnostic initial est remis en cause.

Question 3 Comment expliquez-vous le résultat du TDR il y a 2 jours ?

- On peut faire 3 hypothèses :
  - o soit il avait vraiment une angine streptococcique, la suite étant indépendante
  - o soit le test a été mal fait ou mal lu
  - o soit il s'agit d'un des rares cas de faux positifs du TDR

Question 4 Argumentez les hypothèses diagnostiques que vous évoquez. Au final, laquelle retenez-vous ?

Étiologies des angines pseudomembraneuses :

- Mononucléose infectieuse :
  - o argument de fréquence
  - o terrain : adulte jeune/adolescent
  - o symptomatologie (outre celle propre à l'angine) :
    - asthénie
    - odynophagie prolongée malgré un traitement antibiotique bien conduit
    - rhinolalie fermée + gêne respiratoire en décubitus en faveur d'une hypertrophie importante des amygdales
  - o signes physiques :
    - polyadénopathies cervicales notamment postérieures
    - caractères des fausses membranes :
      - localisées aux amygdales
      - non adhérentes
    - purpura pétéchial du voile
    - splénomégalie
- Diphtérie :
  - o à évoquer systématiquement du fait de sa létalité en l'absence de traitement
  - o terrain : séjour récent dans une zone d'endémie (Ukraine), pas de notion de vaccination ou de rappel
  - o symptomatologie :
    - asthénie
    - gêne respiratoire en décubitus pouvant faire craindre à une extension laryngée supraglottique (épiglotte)
  - o signes physiques :
    - polyadénopathies cervicales
    - pâleur
    - caractères des fausses membranes :
      - blanc nacré
- On retient bien entendu la mononucléose infectieuse dont est présenté le tableau typique. Outre le caractère typique du tableau, deux autres arguments :
  - o la grande rareté de la diphtérie en France (1 cas sur les 30 dernières années)
  - o la très bonne couverture vaccinale, avec un vaccin efficace à 100 %.

Question 5 Quel bilan complémentaire proposez-vous en première intention pour étayer cette hypothèse ?

- Numération formule sanguine :
  - o à la recherche d'un syndrome mononucléosique
  - o à la recherche d'une hyperlymphocytose
  - o à la recherche d'une thrombopénie
  - o pour écarter une éventuelle leucémie
- MNI test

Un ictère cutané et conjonctival apparaît au 5e jour, avec une coloration foncée des urines, sans décoloration des selles

Question 6 Quelle complication évoquez-vous ?

- Anémie hémolytique

Question 7 Comment la confirmez-vous ?

- Confirmation par bilan biologique :
  - o confirmation de l'hémolyse :
    - Numération Formule Sanguine
    - dosage des réticulocytes sanguins
    - dosage de la bilirubine libre et conjuguée sanguine
    - dosage de l'haptoglobine sanguine
  - o bilan étiologique de l'hémolyse :
    - test de Coombs
    - sérologie EBV, à ce stade de complication, si la MNI n'a pas été documentée auparavant.

Question 8 Comment traitez-vous cette complication ?

- Indication à une corticothérapie par prednisolone *per* os, 1 mg/kg/jour initialement, en association à un régime désodé non strict
- Hospitalisation initiale pour surveillance :
  - o des complications de l'hémolyse
  - o de sa profondeur (anémie profonde pouvant nécessiter une transfusion dans de rares cas)
  - o de sa correction sous corticothérapie (sinon, indication d'immunoglobulines intraveineuses)

COMMENTAIRES

Nouveau dossier transversal impliquant l'ORL, les maladies infectieuses, la santé publique et l'hématologie.

Le streptocoque ß hémolytique du groupe A (SGA) est le premier agent bactérien responsable d'angine.

L'angine streptococcique représente 25 à 40 % des angines de l'enfant et 10 à 25 % des angines de l'adulte. Elle peut occasionner des complications potentiellement graves : les syndromes post-streptococciques (rhumatisme articulaire aigu et glomérulonéphrite aiguë) et les complications septiques locales ou générales

Le diagnostic d'angine aiguë à SGA reste avant tout clinique. La probabilité d'une infection à ce germe augmente avec le nombre de critères cliniques prédictifs présents :

- fièvre > 38 °C,
- présence d'au moins une adénopathie cervicale antérieure inflammatoire,
- augmentation de volume d'une ou des 2 amygdales ou présence d'un exsudat,
- absence de toux.

La modification de l'article L. 6211-8 du code de la santé publique a rendu possible l'utilisation des tests de diagnostic rapide par des médecins au sein de leur cabinet médical.

Le TDR a une très bonne spécificité (95 %) mais il reste tout de même 5 % de faux positifs. Néanmoins, la question n° 3 reste discutable...

L'antibiothérapie de référence actuelle de l'angine streptococcique est la pénicilline A orale pour sa durée de prescription plus courte que la pénicilline V (6 jours au lieu de 10) et donc une meilleure observance. En cas d'allergie à la pénicilline, la josamycine est l'antibiotique indiqué.

Les sérologies à EBV ne sont pas indiquées devant une angine. Si le MNI test est négatif (sensibilité de 80 %) mais que le tableau clinique est évocateur, aucune confirmation n'est nécessaire.

L'angine pseudomembraneuse est une indication à la réalisation d'une NFS. Outre les signes biologiques classiques de la MNI, elle peut montrer des signes de leucémie aiguë.

La complication attendue était une anémie hémolytique et non une hépatite ! Néanmoins, il existe dans les 2 cas une indication à une corticothérapie orale.

NB : Nous n'avons pas souhaité donner de barème pour ce dossier.

Dossier 42

Un patient de 25 ans consulte en urgence à la suite d'une rixe. Il présente un hématome péri-orbitaire gauche, une épistaxis gauche et la palpation retrouve un ressaut au niveau de la margelle orbitaire inférieure.

Vous suspectez cliniquement une fracture de l'os zygomatique gauche.

Question 1 Quels sont les examens radiographiques standard nécessaires au bilan pré-opératoire ?

Question 2 Quelle est, dans ce cadre, l'indication d'un scanner facial ? Quels sont alors les intérêts des différents types de coupe ?

Question 3 Quel est le principe du traitement des fractures de l'os zygomatique ?

Question 4 Quelles sont les complications ophtalmologiques possibles de ce type de fracture ? Par quel mécanisme ?

Question 5 Quelle est la complication neurologique possible ? Décrire sa conséquence.

Question 6 Quelle est la principale complication fonctionnelle possible d'une fracture de l'os zygomatique ? Expliquez-en le mécanisme.

Question 7 Une fracture isolée du malaire, peut-elle entraîner une modification de l'occlusion ou de l'articulé dentaire ? Pourquoi ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
12 points

Quels sont les examens radiographiques standard nécessaires au bilan pré-opératoire ?

- Cliché radiographique en incidence de Blandeau ....6 points
- Incidence des plus grands contours (Hirtz défléchi)...........6 points

Question 2
20 points

Quelle est, dans ce cadre, l'indication d'un scanner facial ? Quels sont alors les intérêts des différents types de coupe ?

- Indication du scanner facial : suspicion de fracture du plancher orbitaire...6 points
- Coupes axiales : appréciation du recul du carps de l'os zygomatique ....4 points
- Coupes coronales :
  - o affirmation d'une éventuelle fracture du plancher arbitaire...4 paints
  - o appréciation d'une éventuelle incarcératian musculaire...6 points

Question 3
16 paints

Quel est le principe du traitement des fractures de l'os zygomatique ?

- Chirurgical saus anesthésie générale ....2 points
- Réduction de l'os zygomatique au crochet ou au levier.....4 points
- En cas d'instabilité, ostéosynthèse par fils d'acier ou plaques...4 points
- Réfection du plancher arbitaire, après désincarcératian de la graisse péri-orbitaire ou du muscle droit inférieur.....4 points
- Contrôle d'une banne élévatian du glabe par un test de duction forcée ....2 points

Question 4
16 paints

Quelles sont les complications ophtalmologiques possibles de ce type de fracture ? Par quel mécanisme ?

- Trouble de la statique du globe oculaire par énophtalmie : ....4 points
  - a du fait d'une augmentation du valume de la cavité orbitaire en cas de mauvaise réduction des fractures ....4 paints
- Diplapie notamment dans le regard vertical : ....4 points
  - a par incarcération de la graisse péri-orbitaire ou du muscle droit inférieur dans le plancher orbitaire..4 points

Question 5
17 points

Quelle est la complication neurologique possible ? Décrire sa conséquence.

- Complication neurologique : lésion du nerf sous-orbitaire, extrémité terminale du nerf maxillaire, deuxième branche du nerf trijumeau ...... 4 points
- Conséquence :
  - o hypoesthésie ou une anesthésie complète ...... 4 points
  - o à tous les modes (tactile épicritique, thermique et nociceptif) ...... 1 point
  - o dans le territoire du nerf sous-orbitaire :
    - paupière inférieure ...... 1 point
    - joue ...... 1 point
    - hémilèvre supérieure versant cutané et muqueux ...... 2 points
    - vestibule supérieur et dents naturelles de l'hémi-arcade supérieure ...... 2 points
  - o Paresthésies à type de picotements ou de fourmillements ...... 2 points

Question 6
12 points

Quelle est la principale complication fonctionnelle possible d'une fracture de l'os zygomatique ? Expliquez-en le mécanisme.

- Limitation de l'ouverture buccale ...... 4 points
- Du fait d'un conflit mécanique entre le coroné et l'os zygomatique ...... 4 points
- En cas de mauvaise réduction de l'os zygomatique ...... 4 points

Question 7
7 points

Une fracture isolée du malaire, peut-elle entraîner une modification de l'occlusion ou de l'articulé dentaire ? Pourquoi ?

- Non ...... 3 points
- Les dents de l'arcade supérieure se trouvent sur l'os maxillaire et non sur l'os zygomatique ...... 4 points

COMMENTAIRES

Fracture faciale fréquente, la fracture de l'os zygomatique (malaire) est de diagnostic facile devant un examen physique bien effectué.

Le bilan radiographique ne vient que confirmer le diagnostic.

L'indication du scanner du massif facial est précise.

La non réduction de cette fracture peut entraîner des troubles fonctionnels (troubles sensitifs, diplopie) et esthétiques (recul de la pommette, énaphtalmie).

Dossier 43

Un motocycliste, non casqué, vous est adressé par le SAMU à la suite d'un grave accident. Il est conscient mais présente un polytraumatisme facial.

Question 1 Quelles sont les urgences potentielles à traiter avant la prise en charge du traumatisme facial ?

Le blessé présente une rhinorrhée aqueuse

Question 2 Quel test clinique simple, praticable au lit permet de déterminer s'il s'agit d'une rhinorrhée cérébrospinale ?

Question 3 Quelles sont les lésions traumatiques faciales les plus fréquentes à l'origine d'une rhinorrhée cérébrospinale ?

Question 4 Quelle mesure prophylactique doit être prise en cas de rhinorrhée cérébrospinale ? Pour quelle raison ?

Le bilan par scanner du massif facial confirme l'existence d'une disjonction craniofaciale de type Le Fort II

Question 5 Comment peut-on différencier cliniquement une disjonction de type Le Fort II d'une disjonction de type Le Fort III ?

Question 6 Quels sont les principes du traitement chirurgical des fracas faciaux ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Quelles sont les urgences potentielles à traiter avant la prise en charge du traumatisme facial ?

- Détresse respiratoire par inhalation d'un corps étranger ou d'une dent ....4 points
- Détresse circulatoire du fait d'un choc hémorragique (lésions thoraciques ou abdominales) ....4 points
- Hématome extra-dural ou sous-dural....................4 points
- Fracture ou luxation du rachis notamment cervical, mais également dorsal et lombaire ....4 points
- Toute lésion ophtalmologique....................4 points

Le blessé présente une rhinorrhée aqueuse.

Question 2
8 points

Quel test clinique simple, praticable au lit permet de déterminer s'il s'agit d'une rhinorrhée cérébrospinale ?

- Le test de la compresse : ....5 points
  - o qui va mettre en évidence un halo clair....................3 points

Question 3
22 points

Quelles sont les lésions traumatiques faciales les plus fréquentes à l'origine d'une rhinorrhée cérébrospinale ?

- Les disjonctions craniofaciales :....................2 points
  - o moyennes type Le Fort II ....2 points
  - o hautes type Le Fort III....................2 points
- Fractures de la paroi postérieure du sinus frontal ....4 points
- Disjonctions orbito-naso-ethmoïdo-frontales (DONEF)........4 points
- Fractures du rocher ....4 points
- Fractures de la lame ciblée de l'ethmoïde ....4 points

Question 4
12 points

Quelle mesure prophylactique doit être prise en cas de rhinorrhée cérébrospinale ? Pour quelle raison ?

- Vaccination antipneumococcique : ....6 points
  - o visant à prévenir le risque de méningite à pneumocoques ....6 points

Le bilan par scanner du massif facial confirme l'existence d'une disjonction craniofaciale de type Le Fort II

Question 5
16 points

Comment peut-on différencier cliniquement une disjonction de type Le Fort II d'une disjonction de type Le Fort III ?

- Absence de mobilisation des os zygomatiques (= malaires) lors du mouvement de tiroir antéropostérieur de l'arcade dentaire supérieure (= os maxillaire) par rapport à l'os frontal en cas de Le Fort II ....6 points
- Sensation de décroché à la palpation de la margelle orbitaire inférieure en cas de Le Fort II ....6 points
- Épiphora potentielle en cas de Le Fort II due à une possible atteinte des voies lacrymales......................4 points

Question 6
22 points

Quels sont les principes du traitement chirurgical des fracas faciaux ?

- Trachéotomie ....6 points
- Blocage intermaxillaire pour rétablir l'occlusion et l'articulé dentaire...8 points
- Réduction des différentes fractures et ostéosynthèse par plaques et/ou fils d'acier au niveau des piliers de force de la face ....8 points

COMMENTAIRES

Les fractures de Le Fort sont des fractures dites transfaciales avec troubles de l'articulé dentaire. Elles associent des fractures de la face et des fractures des processus ptérygoïdes.

Elles sont le fait de chocs violents antéropostérieurs.

Les lésions associées sont fréquentes, notamment thoraciques, crâniennes et rachidiennes. Ce sont elles qui font la gravité de tels traumatismes.

Le bilan lésionnel radiologique passe systématiquement par un scanner du massif facial même si l'examen physique peut correctement estimer les dégâts fracturaires.

La trachéotomie est systématique car l'intubation nasale est contre-indiquée du fait de risques de rhinorrhée cérébro-spinale et l'intubation orale impossible du fait du blocage intermaxillaire à prévoir.

Dossier 44

Un patient vous est adressé à la suite d'une chute de sa hauteur sur le menton. Il présente une limitation douloureuse de l'ouverture buccale et un hématome sous mental.

Vous suspectez cliniquement une fracture mandibulaire.

Question 1 Quels sont les deux examens radiologiques standard permettant d'affirmer le diagnostic de fracture de la mandibule en précisant l'intérêt de chacun ?

Question 2 Quels sont les signes cliniques faisant évoquer le diagnostic de fracture du condyle de la mandibule ?

Question 3 Quelles sont les complications nerveuses des fractures de la mandibule et leurs conséquences cliniques ?

Le bilan radiographique met en évidence l'existence d'une fracture du condyle mandibulaire gauche.

Question 4 Quelles sont les modalités du traitement des fractures du condyle mandibulaire ?

Question 5 Quelles sont les complications des fractures du condyle mandibulaire ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
17 points

Quels sont les deux examens radiologiques standard permettant d'affirmer le diagnostic de fracture de la mandibule en précisant l'intérêt de chacun ?

- Cliché panoramique dentaire : ....5 points
  - o visualise :
    - la région médiane symphysaire ....1 point
    - la région parasymphysaire ....1 point
    - la branche horizontale ....1 point
    - la région angulaire ....1 point
- Incidence en face basse bouche ouverte : ....5 points
  - o qui est indispensable pour visualiser les condyles mandibulaires ....3 points

Question 2
16 points

Quels sont les signes cliniques faisant évoquer le diagnostic de fracture du condyle de la mandibule ?

- La notion de choc sur le menton.......................................3 points
- L'existence d'une douleur en avant du méat acoustique externe ....4 points
- Une latérodéviation du côté fracturé lors des mouvements d'ouverture buccale et de propulsion mandibulaire ....5 points
- Une modification de l'occlusion et de l'articulé dentaire avec :
  - o contact molaire prématuré..2 points
  - o béance incisive du côté fracturé ....2 points

Question 3
20 points

Quelles sont les complications nerveuses des fractures de la mandibule et leurs conséquences cliniques ?

- Lésion du nerf alvéolaire inférieur : ....4 points
  - o hypoesthésie ou une anesthésie au niveau de la région labiomentonnière, c'est-à-dire au niveau de l'hémilèvre inférieure du côté traumatisé, sur le versant muqueux et cutané, au niveau du vestibule inférieur au niveau de la face interne de la joue et en regard des dents naturelles de l'hémimandibule traumatisée.....................3 points
  - o il en résulte une incontinence labiale avec bavage et morsures de l'hémilèvre inférieure du côté traumatisé....2 points
- Lésion du nerf lingual : ....4 points
  - o hypoesthésie ou une anesthésie complète de l'hémilangue mobile en avant du V lingual, du côté traumatisé ....3 points
  - o il en résulte :
    - des morsures d'âge différent de la partie antérolatérale de la langue.....................................2 points
    - une altération de la perception du goût....................2 points

Le bilan radiographique met en évidence l'existence d'une fracture du condyle mandibulaire gauche.

Question 4
28 points

Quelles sont les modalités du traitement des fractures du condyle mandibulaire ?

- Il faut distinguer les fractures articulaires du condyle (fractures hautes ou capitales) des fractures extra-articulaires (sous condyliennes basses) ....4 points
- Le traitement des fractures condyliennes articulaires est fonctionnel : ....4 points
  - o mobilisation avec kinésithérapie précoce ....2 points
  - o active et passive ....2 points
  - o prolongée ....2 points
  - o avec des mouvements de propulsion mandibulaire et de diduction...2 points
- Le traitement des fractures condyliennes extra-articulaires est orthopédique et/ou chirurgical : ....4 points
  - o rétablissement de l'articulé dentaire ....2 points
  - o par un blocage intermaxillaire ....2 points
  - o qui sera conservé pendant 6 semaines ....2 points
  - o ou une ostéosynthèse par plaques ou fil d'acier ....2 points

Question 5
19 points

Quelles sont les complications des fractures du condyle mandibulaire ?

- L'ankylose temporomandibulaire avec : ....4 points
  - o une diminution de l'amplitude de l'ouverture buccale ....2 points
  - o une latérodéviation du côté fracturé ....2 points
- Chez l'enfant il existe un risque de troubles de croissance de l'hémimandibule du côté traumatisé avec :....................3 points
  - o micromandibulie unilatérale ....2 points
  - o troubles de l'occlusion et de l'articulé dentaire ....2 points
- Des troubles de l'occlusion avec un contact molaire prématuré du côté fracturé et une béance antérieure incisive ....4 points

COMMENTAIRES

Les fractures de la mandibule sont dues le plus souvent à un choc direct.

L'examen physique initial est fondamental pour poser le diagnostic (existence de points douloureux exquis, plaies muqueuses, mobilités osseuses, déformations des reliefs) et rechercher des complications fonctionnelles (état de la denture, hypoesthésie dans le territoire du nerf mandibulaire inférieur, troubles de l'occlusion).

Le traitement des fractures mandibulaires est le plus souvent orthopédique, parfois chirurgical, visant à restaurer un bon articulé dentaire.

Une exception toutefois, les fractures mandibulaires articulaires (capitales ou sous condyliennes hautes) dont le traitement est fonctionnel.

L'ankylose temporomandibulaire correspond à une soudure entre le condyle mandibulaire et le condyle temporal.

Dossier 45

Un patient vous consulte en urgence pour une limitation de l'ouverture buccale, un œdème sous angulomandibulaire droit, des douleurs de l'hémimandibule droite et une température à 39 °C.

L'interrogatoire retrouve la notion de douleur dentaire évoluant depuis plusieurs jours ayant nécessité la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens.

L'examen clinique retrouve une volumineuse carie délabrante en regard de la dent 46 et une collection du vestibule inférieur droit et sous angulomandibulaire.

Question 1 Quel le premier diagnostic clinique à évaquer devant ce tableau clinique ?

Question 2 Comment affirmer, cliniquement, que la cellulite est collectée ?

Question 3 Quel bilan radiographique faut-il demander ? Que faut-il rechercher sur cet examen ?

Question 4 Quel est le principe du traitement des cellulites d'origine dentaire ?

L'état du patient se détériore rapidement avec température à 40 °C, altération de l'état général et apparition d'une crépitation à la palpation de la région cervicale.

Question 5 Quel est votre diagnostic ?

Question 6 Quelle est alors la conduite à tenir ?

Question 7 Comment expliquer la détérioration rapide de l'état clinique du patient ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
14 points

Quel le premier diagnostic clinique à évoquer devant ce tableau clinique ?

- Cellulite..4 points
- Cervicale ....2 points
- Sous angulomandibulaire ....2 points
- Collectée..4 points
- D'origine dentaire (dent 46) ....2 points

Question 2
10 points

Comment affirmer, cliniquement, que la cellulite est collectée ?

- Présence d'une fluctuation au palper bidigital.................10 points

Question 3
15 points

Quel bilan radiographique faut-il demander ? Que faut-il rechercher sur cet examen ?

- Cliché panoramique dentaire ....5 points
- Recherche de la présence d'une lésion apicale ostéolytique à type de kyste ou de granulome ....5 points
- En regard d'une dent présentant un délabrement carieux .5 points

Question 4
15 points

Quel est le principe du traitement des cellulites d'origine dentaire ?

- Extraction de la dent causale ....4 points
- Drainage de la cellulite par voie endobuccale ou cervicale sous anesthésie locale ou anesthésie générale ....4 points
- Lavages abondants pluriquotidiens antiseptiques de la cavité abcédée ....3 points
- Antibiothérapie type amoxicilline 3 g par jour (rovamycine en cas d'allergie à la pénicilline) + métronidazole 1,5 g par jour ....4 points

L'état du patient se détériore rapidement avec température à 40 °C, altération de l'état général et apparition d'une crépitation à la palpation de la région cervicale.

Question 5
11 points

Quel est votre diagnostic ?

- Cellulite cervicale gangréneuse.......................................5 points
- D'origine dentaire...2 points
- À germes anaérobies (qui produisent les gaz à l'origine de la crépitation neigeuse)...............................4 points

Question 6
29 points

Quelle est alors la conduite à tenir ?

- Urgence médicochirurgicale .... 2 points
- Hospitalisation en réanimation .... 2 points
- Mise en place d'une double voie d'abord sanguine (permettant à remplissage pour prévenir le choc hémodynamique) .... 3 points
- Intervention de drainage en extrême urgence avec excision des tissus nécrosés et mise en place de lames de drainage .... 5 points
- Lavage pluriquotidien .... 3 points
- Prélèvements bactériologiques multiples .... 2 points
- Antibiothérapie : .... 2 points
  - o triple .... 1 point
  - o parentérale .... 1 point
  - o bactéricide .... 1 point
  - o synergique .... 1 point
  - o active contre la flore orale et les anaérobies .... 2 points
  - o secondairement adaptée aux résultats des prélèvements .... 1 point
- Extraction de la dent causale .... 3 points

Question 7
6 points

Comment expliquer la détérioration rapide de l'état clinique du patient ?

- La prise d'anti-inflammatoires qui favorisent la diffusion de l'infection .... 6 points

COMMENTAIRES

Les cellulites cervicofaciales les plus fréquentes sont d'origine dentaire.

Elles sont nettement favorisées par la prise d'AINS.

Leur diagnostic est en règle facile : tuméfaction cervicale et/ou faciale inflammatoire associée à des signes dentaires adjacents (douleur, mobilité).

La collection purulente, suspectée cliniquement, confirmée radiologiquement (échographie, scanner), nécessite un geste chirurgical d'évacuation.

La constatation d'une crépitation neigeuse fait basculer le degré d'urgence de la prise en charge de la cellulite et son pronostic qui devient vital.

Dossier 46

Un patient vous consulte en urgence pour une tuméfaction de la région sous maxillaire droite, douloureuse, fébrile avec une peau érythémateuse en regard. Il se plaint par ailleurs d'une odynophagie Vous suspectez le diagnostic de sous maxillite aiguë.

Question 1 Quels arguments cliniques vont confirmer formellement votre diagnostic ?

Question 2 Quels sont les autres éléments cliniques à rechercher en faveur de ce diagnostic de sous maxillite ?

Question 3 Quel examen radiologique simple va confirmer ce diagnostic ?

Question 4 Quel est le principe du traitement de l'épisode actuel ?

Question 5 Que faut-il prévoir par la suite ?

Question 6 Le patient a peur que cela lui arrive de l'autre côté. Que lui répondez-vous ?

Question 7 Quelle est la pathologie générale susceptible d'entraîner des lithiases salivaires à répétition ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Quels arguments cliniques vont confirmer formellement votre diagnostic ?

- Présence de pus :..4 points
  - o à l'ostium du canal de Wharton droit...............................3 points
  - o lors de la palpation de la région sous mandibulaire droite ....2 points
- Perception d'une lithiase :...4 points
  - o le long du trajet du canal de Wharton lors du palper bidigital ....4 points
- Perception d'un sillon entre la mandibule et la tuméfaction...3 points

Question 2
15 points

Quels sont les autres éléments cliniques à rechercher en faveur de ce diagnostic de sous maxillite ?

- Notion d'antécédents de hernie ou de colique salivaire ....5 points
- Symptomatologie rythmée par les repas..............................5 points
- Bon état dentaire et l'absence de foyers infectieux bucco-dentaires ou de carie non traités...............................5 points

Question 3
10 points

Quel examen radiologique simple va confirmer ce diagnostic ?

- Cliché occlusal (mordu) :...5 points
  - o antérieur et postérieur..5 points

Question 4
26 points

Quel est le principe du traitement de l'épisode actuel ?

- Hospitalisation ....2 points
- Antalgiques par voie parentérale..2 points
- Antibiothérapie :..2 points
  - o parentérale...2 points
  - o active sur les germes oropharyngés ....2 points
  - o bactéricide..2 points
  - o à bonne diffusion salivaire ....2 points
  - o exemple : amoxicilline – acide clavulanique (3 g/j). En cas d'allergie à la pénicilline, érythromycine (2 g/j) + métronidazole (1,5 g/j) ....4 points
- En cas de collection, drainage chirurgical par voie endobuccale ou par voie cervicale ....4 points
- On profitera de l'incision chirurgicale pour extraire la lithiase du canal d'excrétion salivaire................................4 points

Question 5
10 points

Que faut-il prévoir par la suite ?

- À 6 semaines de l'épisode infectieux ....4 points
- Exérèse chirurgicale complète de la glande sous mandibulaire et du canal de Wharton sous anesthésie générale...6 points

Question 6
10 points

Le patient a peur que cela lui arrive de l'autre côté. Que lui répondez-vous ?

- Aucun excès de risque de développer une lithiase salivaire controlatérale..10 points

Question 7
9 points

Quelle est la pathologie générale susceptible d'entraîner des lithiases salivaires à répétition ?

- Goutte ....9 points

COMMENTAIRES

Une maladie lithiasique salivaire peut très bien être découverte au stade d'infection (sous maxillite ou paratidite aiguë). Le plus souvent, il existe des antécédents de hernie ou de colique salivaire.

Les clichés radiologiques habituels peuvent mettre en évidence une ou plusieurs lithiases sur le trajet canalaire.

L'échographie cervicale est d'un appoint diagnostique intéressant en cas de doute. Elle permet de différencier une augmentation de volume de la glande d'un adénophlegmon ou d'un abcès d'origine dentaire.

Dossier 47

Une femme de 28 ans vous est adressée par son médecin généraliste pour un nodule localisé de la parotide gauche totalement asymptomatique, de découverte fortuite

---

Question 1 Quels sont les principaux arguments cliniques en faveur d'une tumeur bénigne de la parotide ?

Question 2 Quel est type histologique de tumeur bénigne le plus fréquemment retrouvé dans la parotide ?

Question 3 Quel bilan radiographique prescrivez-vous ?

Question 4 Comment réaliser le diagnostic positif de cette tumeur parotidienne ?

Question 5 Quel le principe du traitement de ce type de tumeur ?

Question 6 Quelles sont les deux principales complications postopératoires tardives possibles d'une parotidectomie totale ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
26 points

Quels sont les principaux arguments cliniques en faveur d'une tumeur bénigne de la parotide ?

- Adulte jeune .... 3 points
- Caractères du nodule :
  - o circonscrit .... 3 points
  - o ferme .... 3 points
  - o sons odhérence ò lo peou ni ou plon profond .... 3 points
  - o isolé .... 3 points
  - o indolore .... 3 points
- Absence d'odénopothie .... 4 points
- Absence de porolysie fociole .... 4 points

Question 2
10 points

Quel est type histologique de tumeur bénigne le plus fréquemment retrouvé dans la parotide ?

- Adénome pléomorphe .... 10 points

Question 3
12 points

Quel bilan radiographique prescrivez-vous ?

- IRM : .... 8 points
  - o de lo région porotidienne .... 4 points

Question 4
12 points

Comment réaliser le diagnostic positif de cette tumeur parotidienne ?

- Étude histologique .... 8 points
  - o de la totolité de lo pièce de parotidectomie .... 4 points

Question 5
20 points

Quel le principe du traitement de ce type de tumeur ?

- Sous onesthésie génerole .... 4 points
- Porotidectomie superficielle ou totole : .... 4 points
  - o en fonction du siège de la tumeur .... 4 points
- Avec conservotion du nerf focial .... 4 points
- Étude histologique de la pièce d'exérèse .... 4 points

Question 6
20 points

Quelles sont les deux principales complications postopératoires tardives possibles d'une parotidectomie totale ?

- Paralysie faciale périphérique..10 points
- Syndrome de Frei..10 points

COMMENTAIRES

Tout nodule parotidien nécessite une exploration radiologique.

La grande majorité des tuméfactions parotidiennes sont bénignes.

L'absence d'argument clinique en faveur d'un cancer autorise la réalisation d'une cytoponction échoguidée.

L'IRM faciale est actuellement l'examen de choix car il est aussi performant dans la suspicion diagnostique que la cytoponction. En cas de non accessibilité de cet examen, une échographie permet de différencier nodule parenchymateux, adénopathie intraparotidienne et kyste salivaire.

La sialographie est encore pratiquée et permet, grâce à une sémiologie spécifique, de suspecter un type tumoral. Elle est de moins en moins effectuée dans cette indication.

Le syndrome de Frei est la survenue d'une rougeur et d'une sudation lors de l'insalivation du bol alimentaire. Il est dû à la repousse aberrante des fibres nerveuses sécrétoires de la parotide qui vont aller réinnerver les glandes sudoripares de la peau.

Dossier 48

Un homme de 62 ans vous consulte en urgence pour des douleurs dentaires en regard de la dent 46.

À l'examen, vous constatez l'existence d'un trismus à 15 mm et une sensibilité douloureuse à la percussion axiale de la dent 46 qui présente une volumineuse carie occlusale, avec « sensation de dent longue » et absence de douleur à la percussion transversale

La douleur est augmentée par la chaleur et calmée par le froid. La dent ne répond pas aux tests de vitalité pulpaire.

L'interrogatoire de ce patient retrouve un rétrécissement aortique et une allergie à la pénicilline.

Question 1 À quelle dent correspond la dent 46 ?

Question 2 Quelle est la définition du trismus ?

Question 3 Quel diagnostic évoquez-vous sur le plan dentaire ?

Question 4 Quel bilan radiographique demandez-vous ? Qu'en attendez-vous ?

Question 5 Quelle est la conduite à tenir en dehors de la prise en charge stomatologique ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
15 points

À quelle dent correspond la dent 46 ?

- 1re :.....3 points
  - o molaire .....3 points
  - o mandibulaire .....3 points
  - o droite.....3 points
  - o permanente .....3 points

Question 2
18 points

Quelle est la définition du trismus ?

- Limitation de l'ouverture buccale :.....3 points
  - o temporaire.....3 points
  - o due à une contracture .....3 points
  - o des muscles élévateurs de la mandibule.....3 points
  - o en rapport avec une maladie .....3 points
  - o ou une infection en évolution.....3 points

Question 3
13 points

Quel diagnostic évoquez-vous sur le plan dentaire ?

- Desmodontite :.....7 points
  - o aiguë .....4 points
  - o de la dent 46.....2 points

Question 4
24 points

Quel bilan radiographique demandez-vous ? Qu'en attendez-vous ?

- Bilan radiologique : cliché panoramique dentaire .....8 points
- À la recherche :
  - o d'un épaississement du ligament alvéolodentaire.....5 points
  - o d'une lésion apicale :.....5 points
    - – à type de kyste .....3 points
    - – ou de granulome en regard de la dent 46 .....3 points

Question 5
30 points

Quelle est la conduite à tenir en dehors de la prise en charge stomatologique ?

- Compte tenu du risque valvuloire :....................................4 points
  - il fout prévoir l'extraction de lo dent 46.........................4 points
  - après prophylaxie antibiotique contre l'endocardite......6 points
- Dons lo mesure où le patient et allergique à lo pénicilline :...4 points
  - si l'extroction est réalisoble sous anesthésie locole, il fout prescrire clindomycine 600 mg per os ou pristinomycine 1 g per os ò prendre une heure ovont l'intervention..6 points
  - si une intervention sous onesthésie générole est nécessoire du foit du trismus, il faut prescrire voncomycine 1 g por voie veineuse en perfusion de 60 minutes dons l'heure précédent l'intervention ou teicoplanine 400 mg en introveineuse directe...6 points

COMMENTAIRES

Exemple de dossier où les réponses, simples et courtes, demandent une précision importante des termes.

Nécessité de bien connaître les différents types d'antibioprophylaxie de l'endocardite.